

PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

**Ni Made Padma Batiari
Putu Erma Pradnyani
Aminah Toaha
Afif Wahyudi Hidayat
Nuruniyah
Emmelia Kristina Hutagaol
Afwan Syarif
Solehudin
Fauzan Akbar
Yusriani
Achmad Mawardi Shabir
Serlie K.A. Littik
Siti Masdah**



GET PRESS INDONESIA

PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis :

Ni Made Padma Batiari
Putu Erma Pradnyani
Aminah Toaha
Afif Wahyudi Hidayat
Nuruniyah
Emmelia Kristina Hutagaol
Afwan Syarif
Solehudin
Fauzan Akbar
Yusriani
Achmad Mawardi Shabir
Serlie K.A. Littik
Siti Masdah

ISBN :

Editor : Kalasta Ayunda Putri, S.Tr.Kes, M.Kes

Penyunting : Rantika Maida Sahara S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan ini.

Buku ini membahas Pengenalan Analisis Kebijakan Kesehatan, Sistem Kesehatan, Kepemimpinan dan Pengambilan Kebijakan, Proses Kebijakan, Analisis Dampak Kebijakan, Ekonomi Kesehatan, Evaluasi Kebijakan, Keputusan Klinis dan Etika, Isu Kesehatan Global Fauzan akbar, Pemberdayaan Masyarakat, Teknologi Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, advokasi kebijakan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Januari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PENGENALAN ANALISIS KEBIJAKAN	
KESEHATAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan	1
1.2.1 Hirarki dan Siklus Kebijakan Kesehatan.....	2
1.2.2 Karakteristik dan Elemen Kualitas Kebijakan Kesehatan.....	5
1.2.3 Segitiga Kebijakan Kesehatan	7
1.3 Konsep Dasar Analisis Kebijakan Kesehatan	8
1.3.1 Paradigma Baru dalam Analisis Kebijakan Kesehatan.....	9
1.3.2 Tujuan Analisis Kebijakan Kesehatan	11
1.3.3 Metode Analisis Kebijakan Kesehatan.....	12
1.3.4 Peran Analisis Kebijakan Kesehatan.....	12
1.3.5 Pendekatan Analisis Kebijakan Kesehatan	13
DAFTAR PUSTAKA.....	15
BAB 2 SISTEM KESEHATAN.....	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Elemen Sistem Kesehatan	18
2.3 Model dan Jenis Sistem Kesehatan	20
2.4 Sistem Kesehatan di Indonesia.....	21
2.5 Manfaat dan Tantangan Sistem Kesehatan	24
2.5.1 Manfaat Sistem Kesehatan.....	24
2.5.2 Tantangan Sistem Kesehatan	25
2.6 Hubungan Sistem Kesehatan dengan Analisis Kebijakan Kesehatan.....	26
2.7 Sistem Kesehatan dan Keamanan Data Kesehatan	27
2.8 Sistem Kesehatan di Masa Bencana	29
DAFTAR PUSTAKA.....	32
BAB 3 KEPEMIMPINAN DAN PENGAMBILAN KEBIJAKAN	33

3.1 Pendahuluan.....	33
3.2 Pengertian	34
3.2.1 Kepemimpinan	34
3.2.2 Pengambilan Kebijakan	34
3.3 Macam-macam Pendekatan Kepemimpinan.....	36
3.4 Jenis-jenis Pengambilan Kebijakan.....	37
3.5 Tahap Pengambilan Kebijakan	38
3.6 Gaya dan Model Pengambilan Kebijakan.....	39
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 PROSES KEBIJAKAN.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Proses Kebijakan	42
4.3 Proses Penyusunan Kebijakan Kesehatan	44
4.4 Tahap dalam Penyusunan Kebijakan Menurut Tahap Heuristik.....	47
4.5 Kesimpulan	50
DAFTAR PUSTAKA	52
BAB 5 ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN	53
5.1 Identifikasi Tujuan Kebijakan.....	53
5.2 Pemangku kepentingan (stakeholder)	54
5.2.1 Identifikasi pemangku kepentingan.....	55
5.2.2 Identifikasi kepentingan.....	55
5.2.3 Menganalisis pengaruh pemangku kepentingan teridentifikasi	57
5.2.4 Identifikasi risiko dan antisipasi manajemen resiko	57
5.3 Menetapkan masalah	57
5.4 Menggali Bukti.....	58
5.5 Mempertimbangkan Pilihan Kebijakan Yang Berbeda....	58
5.6 Perumusan Skenario	59
5.7 Analisis Dampak Ekonomi	60
5.8 Analisis Lingkungan	61
5.9 Analisis Kesehatan	62
5.9.1 Akses Kesehatan.....	62
5.9.2 Kesejahteraan Umum	62
5.9.3 Determinan Sosial Kesehatan.....	63
5.9.4 Evaluasi dan Perbaikan	63
5.10 Analisis Dampak Sosial Budaya.....	63

5.11 Analisis Risiko dan Keberlanjutan	64
5.12 Pemantauan dan Evaluasi Berkelanjutan.....	65
5.13 Komunikasi Hasil Analisis	65
5.13.1 Membantu Pengambilan Keputusan	66
5.13.2 Meningkatkan Transparansi.....	66
5.13.3 Memfasilitasi Perubahan dan Perbaikan.....	66
5.13.4 Mendukung Penyuluhan dan Pelatihan	66
DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 6 EKONOMI KESEHATAN	71
6.1 Konsep Ekonomi Kesehatan.....	71
6.1.1 Konsep Demand dalam Sektor Kesehatan.....	71
6.1.2 Konsep Supply dalam Sektor Kesehatan	72
6.1.3 Konsep Elastisitas dalam Sektor Kesehatan.....	73
6.2 Pasar Pelayanan Kesehatan	75
6.3 Biaya Pelayanan Kesehatan	75
6.4 Tarif Pelayanan Kesehatan	77
6.5 Analisis Biaya Pada Pelayanan Kesehatan.....	80
6.6 Asuransi Kesehatan.....	84
6.6.1 Asuransi Kesehatan Non Pemerintah	85
6.6.2 Asuransi Kesehatan Pemerintah.....	85
DAFTAR PUSTAKA	87
BAB 7 EVALUASI KEBIJAKAN	89
7.1 Pengertian Evaluasi Kebijakan	89
7.2 Pengertian Kebijakan.....	90
7.3 Kebijakan Kesehatan	91
7.4 Dimensi Evaluasi Kebijakan Kesehatan	92
7.5 Analisis Kualitas Layanan Kesehatan.....	93
7.6 Konsep Evaluasi Kebijakan.....	94
7.7 Ruang Lingkup Evaluasi Kebijakan	100
7.8 Dimensi dan Jenis-Jenis Evaliasi Kebijakan.....	103
7.9 Pendekatan Sistem Kebijakan Kesehatan	104
DAFTAR PUSTAKA.....	108
BAB 8 KEPUTUSAN KLINIS DAN ETIKA.....	109
8.1 Pendahuluan.....	109
8.2 Pengantar Keputusan Klinis.....	110
8.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Klinis.....	111
8.4 Etika dalam Keputusan Klinis.....	115

8.5 Keputusan Bersama (<i>Shared Decision Making</i>)	117
8.6 Studi Kasus	118
8.7 Isue-Isue Kontemporer	120
DAFTAR PUSTAKA	122
BAB 9 ISU KESEHATAN GLOBAL	125
9.1 Pendahuluan	125
9.2 Pengantar Isu Kesehatan Global	126
9.3 Epidemiologi Penyakit-Penyakit Global	127
9.4 Sistem Kesehatan Global	129
9.5 Kesehatan Masyarakat Global	130
DAFTAR PUSTAKA	133
BAB 10 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	135
10.1 Pendahuluan	135
10.2 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat	137
10.3 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	138
10.4 Strategi Pemberdayaan Masyarakat	140
10.5 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat	142
10.5 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat	145
10.6 Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat	146
10.7 Studi Kasus Pemberdayaan Masyarakat	148
DAFTAR PUSTAKA	151
BAB 11 PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN	
KESEHATAN – TEKNOLOGI KESEHATAN	153
11.1 Pendahuluan	153
11.2 Tahapan-tahapan pengembangan teknologi kesehatan	156
11.3 Tantangan dan kebutuhan teknologi di masa depan	162
11.3.1 Tantangan masa depan	162
11.3.2 Kebutuhan masa depan	164
DAFTAR PUSTAKA	168
BAB 12 PEMBIAYAAN KESEHATAN	171
12.1 Pendahuluan	171
12.2 Definisi dan Prinsip Pembiayaan Kesehatan	172
12.3 Tujuan, Fungsi, dan Sumber Penerimaan Pembiayaan Kesehatan	173
12.3 Situasi Pembiayaan Kesehatan di Indonesia	177
12.4 Masalah Pembiayaan Kesehatan	181

12.5 Reformasi Pembiayaan Kesehatan	183
12.6 Penutup	184
DAFTAR PUSTAKA	185
BAB 13 ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN	187
13.1 Advokasi Kesehatan.....	187
13.2 Kebijakan Kesehatan.....	188
13.3 Peranan Advokasi Kebijakan Kesehatan.....	189
13.4 Kebijakan dan determinan kesehatan masyarakat.....	196
13.5 Kerangka Kerja Advokasi Kebijakan Kesehatan.....	200
13.6 Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	202
13.7 Keberhasilan Advokasi Kebijakan Kesehatan	203
13.8 Peran Pemerintah dan Sektor Swasta Dalam Kebijakan Kesehatan.....	206
DAFTAR PUSTAKA	207
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Skema kebijakan kesehatan.....	3
Gambar 1.2. Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	7
Gambar 5.1. Segitiga system kebijakan Kesehatan Lingkungan Pengembangan dari.....	61
Gambar 7.1. Konsep Kepuasan Pelanggan	93
Gambar 7.2. Penyebab Utama Tidak Terpenuhinya Harapan Pelanggan.....	94
Gambar 7.3. Kebijakan, Program, dan Proyek	99
Gambar 7.4. Segitiga Kebijakan	105
Gambar 7.5. Keterkaitan ebrbagai Komponen Kebijakan Kesehatan	106
Gambar 11.1. Kontribusi disiplin-disiplin ilmu pada teknologi kesehatan	154
Gambar 12.1. Hubungan Fungsi Pembiayaan kesehatan Dengan Tujuan Antara dan Tujuan Akhir	175
Gambar 12.2. Anggaran kesehatan dalam Postur APBN, Tahun 2016-2020.....	178
Gambar 12.3. Rata-rata Belanja APBD Kesehatan dan Proporsinya terhadap APBD Kab/Kota, 2017.....	179
Gambar 12.4. Anggaran Kesehatan menurut Fungsi Layanan, 2019.....	180
Gambar 13.1. Determinan Kesehatan.....	197
Gambar 13.2. Segitiga Analisis Kebijakan	203

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Perbandingan analisis kebijakan dengan ilmu – ilmu lainnya.....	3
Tabel 1.2. Perbandingan analisis kebijakan dengan ilmu – ilmu lainnya.....	10
Tabel 1.3. Perbedaan metode analisis umum dan metode analisis kebijakan	12
Tabel 1.4. Pendekatan Analisis Kebijakan Kesehatan.....	13
Tabel 5.1. Pengelompokan Pemangku Kepentingan	55
Tabel 6.1. Faktor yang mempengaruhi supply	72
Tabel 11.1. Import dan ekspor teknologi medis kesehatan di Turki tahun 2003.....	163
Tabel 13.1. Perbedaan Advokasi dan Kebijakan Kesehatan.....	189
Tabel 13.2. Langkah-Langkah Advokasi Kebijakan Kesehatan.....	200

BAB 1

Pengenalan Analisis Kebijakan Kesehatan

Oleh Ni Made Padma Batiari

1.1 Pendahuluan

Kebijakan kesehatan menjadi sebuah indikator penting dan sebagai acuan bagi sebuah organisasi yang bergerak pada sektor kesehatan. Kebijakan kesehatan mengatur seluruh proses yang berlangsung di dalam organisasi atau sektor kesehatan (Darmawan, Wahyuningsih dan Kurnia, 2023). Sehubungan dengan hal tersebut, ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam kebijakan kesehatan, antara lain kemampuan mengembangkan sumber daya manusia (SDM) yang sehat, mendukung kepentingan masyarakat, dan tidak mengabaikan hak asasi manusia (HAM), khususnya dalam hal kesehatan (Marniati, 2021). Selain memandu pengembangan sumber daya sebagai pelaku kesehatan dan pengelolaannya, kebijakan kesehatan Indonesia juga memandu ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, anggaran kesehatan, dan fasilitas proses lainnya (Marniati, 2021).

Aktor pembuatan kebijakan kesehatan harus mampu melakukan analisis kebijakan untuk mempermudah dalam proses implementasi kebijakan. Analisis terhadap setiap kebijakan kesehatan yang dibuat untuk memastikan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia lebih terarah dan optimal (Juliansyah, 2017; Tambaip dan Tjilen, 2023).

1.2 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan sekumpulan keputusan yang dirumuskan dan ditetapkan oleh pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan (Budiyanti, Sriatmi dan Jati, 2020). Pemerintah melalui peranan dari lembaga Kementerian Kesehatan sebagai salah satu lembaga yang bertanggung jawab dalam mengatur jalannya

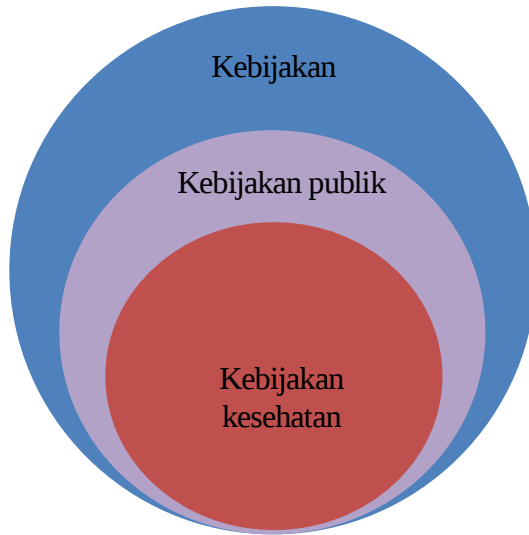
sistem kesehatan di Indonesia, membuat kebijakan kesehatan dan melakukan analisis terhadap setiap kebijakan kesehatan yang dibuat untuk memastikan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia lebih terarah serta mencapai Indonesia sehat (Juliansyah, 2017).

Undang – undang RI Nomor 17 Tahun 2023 merupakan salah satu kebijakan inti terkait kesehatan yang menjelaskan bahwa kesehatan merupakan keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif (Pemerintah Pusat Republik Indonesia, 2023).

Selain keterlibatan aktor di tingkat individu, organisasi, dan kelembagaan dari pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat, dan representasi masyarakat lainnya yang berdampak pada kesehatan, kebijakan kesehatan mencakup berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang mencakup aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan (Purwaningsih *dkk.*, 2021). Sangat penting untuk menekankan bahwa kebijakan kesehatan harus selaras dengan undang-undang kesehatan, yang menetapkan pedoman dan menjabarkan tujuan yang diinginkan dari mandat konstitusi yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan (Marniati, 2021).

1.2.1 Hirarki dan Siklus Kebijakan Kesehatan

Arah, tujuan, kebijakan, landasan, dan dasar pemikiran untuk mengelola semua inisiatif kesehatan di Indonesia dapat ditemukan dalam kebijakan kesehatan. Menurut hirarkinya, kebijakan kesehatan berada di bawah kebijakan publik, dan kebijakan publik itu sendiri merupakan bagian dari kebijakan umum secara keseluruhan (Temesvari, 2018). Skema di bawah ini dapat menjadi contohnya:



Gambar 1.1. Skema kebijakan kesehatan
(sumber: (Budiyanti, Sriatmi dan Jati, 2020))

Agenda setting, perumusan kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan merupakan lima langkah siklus kebijakan kesehatan dalam proses penyusunannya (Budiyanti, Sriatmi dan Jati, 2020). Masalah yang muncul dari hasil kajian terhadap suatu kebijakan dapat menjadi bahan kajian pada agenda berikutnya, sehingga menciptakan siklus yang tidak pernah berakhir. Berikut ini penjelasan dari masing – masing tahapan dalam siklus kebijakan kesehatan :

Tabel 1.1. Perbandingan analisis kebijakan dengan ilmu – ilmu lainnya

Tahapan siklus kebijakan	Penjelasan
<i>Agenda setting</i>	Tahap memutuskan isu utama apa yang perlu ditangani atau kebijakan apa yang harus diterapkan. Pertemuan tiga pilar, yaitu: 1) Masalah (<i>problem</i>)

Tahapan siklus kebijakan	Penjelasan
	2) Solusi yang memungkinkan (<i>possible solutions to the problem</i>) 3) Keadaan politik (<i>politic circumstances</i>)
Perumusan kebijakan (formulasi kebijakan)	Pengembangan kebijakan yang terdiri dari tahapan: 1) Penganturan proses pengembangan kebijakan (SOP, waktu, dan pihak yang terlibat) 2) Penggambaran masalah (<i>public issue</i>) 3) Penetapan tujuan dan sasaran 4) Penetapan prioritas 5) Perancangan kebijakan 6) Penggambaran pilihan alternatif 7) Penilaian/ <i>feedback</i> (keterlibatan <i>peer review</i>) Perumusan kebijakan menghasilkan naskah akademik, draft regulasi dan draft kebijakan.
Pengesahan kebijakan (adopsi kebijakan)	Sebuah kebijakan mulai diberlakukan, sehingga konsekuensi dari kebijakan juga mulai berlaku.
Implementasi kebijakan	Tahapan penting yang dilakukan dan melibatkan seluruh aktor, organisasi, prosedur, serta aspek teknis untuk mencapai tujuan kebijakan atau program.
Evaluasi kebijakan	Tahapan untuk menentukan

Tahapan siklus kebijakan	Penjelasan
	hasil dan dampak dari suatu kebijakan, dalam bentuk perubahan perilaku kelompok sasaran (<i>impact</i>) dan penyelesaian masalah (<i>outcomes</i>).

Sumber: (Budiyanti, Sriatmi dan Jati, 2020)

1.2.2 Karakteristik dan Elemen Kualitas Kebijakan Kesehatan

Kebijakan publik mencakup kebijakan kesehatan. Kualitas khusus dari sektor kesehatan terkait erat dengan urgensi kebijakan kesehatan sebagai komponen kebijakan publik, yaitu sebagai berikut (Temesvari, 2018; Purwaningsih *dkk.*, 2021):

1. Sektor kesehatan merupakan salah satu sektor yang bersifat kompleks karena berkaitan dengan kepentingan masyarakat.
2. Masyarakat yang masih bersifat awam (*cusumer ignorance*) yang berpengaruh terhadap posisi dan relasi masyarakat dengan tenaga kesehatan menjadi tidak sejajar.
3. Kesehatan mempunyai sifat tidak pasti (*uncertainty*), dalam artian bahwa kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan tidak terkait dengan kemampuan ekonomi rakyat.
4. Adnya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang dirasakan oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok lain.

Kualitas dari sebuah kebijakan dapat ditentukan dengan delapan elemen, yaitu:

1. Pendekatan secara menyeluruh
Kesehatan harusnya didefiniska sebagai sesuatu yang bersifat dinamis dan menyeluruh yang mencakup dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual.
2. Partisipatori
Partisipasi masyarakat menjadi hal yang penting dalam kebijakan. Hal tersebut dapat dimulai dengan aksi bersama masyarakat (*collective action*) yang dapat menjadi

pendorong dalam implementasi kebijakan dan penyelesaian masalah kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat diperkuat dan dipastikan kesesuaiannya dengan kebutuhan dan harapan masyarakat melalui partisipasi masyarakat (Tambaip dan Tjilen, 2023).

3. Kebijakan publik yang sehat

Kebijakan publik yang sehat diartikan bahwa setiap kebijakan harus mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi pada masyarakat.

4. Ekuitas

Ekuitas berkaitan dengan pemerataan distribusi dalam hal ini menyangkut layanan kesehatan. Negara mempunyai kewajiban dalam menjamin pelayanan kesehatan sebagai hak dari setiap warga negara.

5. Efisiensi

Orientasi dari pelayanan kesehatan harus proaktif dalam mengoptimalkan biaya dan teknologi yang tersedia.

6. Kualitas

Negara harus menjamin bahwa layanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai kebutuhan masyarakat. Salah satu langkah untuk mengatasi persaingan pasar dan mengurangi dampak globalisasi, khususnya di sektor kesehatan adalah dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Upaya untuk dapat bersaing dalam skala global, pemerintah harus meningkatkan standar pelayanan kesehatan.

7. Pemberdayaan masyarakat

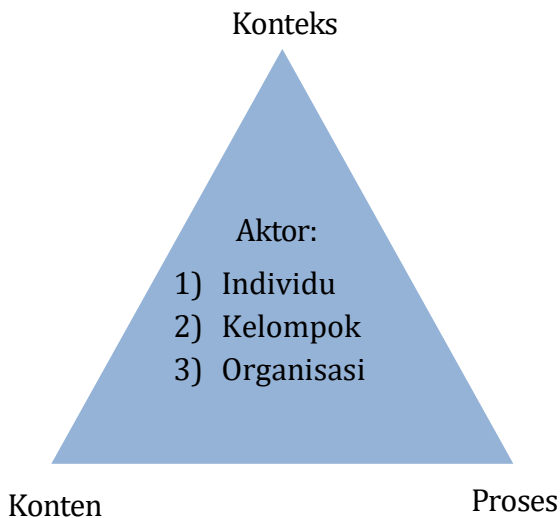
Pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu alternatif untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang dimiliki, terutama di daerah terpencil dan perbatasan.

8. *Self-reliant*

Self-reliant adalah kepercayaan dan pandangan masyarakat tentang kemampuan masyarakat untuk menjaga kesehatan diharapkan dapat dipenuhi oleh kebijakan kesehatan.

1.2.3 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan bagian implementasi dari kebijakan publik dengan tujuan untuk mewujudkan peningkatan status kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Sehubungan dengan pernyataan tersebut, tergambar bahwa penting untuk memerhatikan beberapa hal dalam proses pembuatan kebijakan kesehatan, yaitu memerhatikan segitiga kebijakan (Temesvari, 2018). Segitiga kebijakan terdiri dari aktor, konten, konteks dan proses (Ariana, 2019). Konteks atau latar para aktor hidup dan bekerja, dapat berdampak pada individu, kelompok, atau organisasi yang berpartisipasi dalam proses pembuatan kebijakan. Berbagai aspek yang berhubungan dengan konteks nasional dan internasional, termasuk politik, ideologi, sejarah, budaya, ekonomi, dan isu-isu sosial, dapat berdampak pada kebijakan kesehatan. Posisi seseorang dalam struktur kekuasaan, serta keyakinan, harapan, dan nilai-nilai yang dianutnya, semuanya berdampak pada proses pembuatan kebijakan. Substansi kebijakan, yang mencakup poin-poin utama secara rinci, tercermin dalam faktor isi. Ilustrasi segitiga kebijakan kesehatan terlihat seperti ini:



Gambar 1.2. Segitiga Kebijakan Kesehatan
Sumber: (Temesvari, 2018; Ariana, 2019)

1.3 Konsep Dasar Analisis Kebijakan Kesehatan

Istilah analisis kebijakan kesehatan terdiri dari tiga kata, yaitu analisis, kebijakan, dan kesehatan. Ketiganya memiliki definisi yang luas. Kebijakan adalah serangkaian tindakan yang direncanakan, ditetapkan, dan diimplementasikan pemerintah yang mempunyai tujuan yang berorientasi pada tujuan tertentu berkaitan dengan kepentingan seluruh masyarakat (Dachi, 2017). Kebijakan merupakan rangkaian dan asas yang menjadi garis besar serta dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan dan cara bertindak tentang suatu organisasi atau pemerintah (Marniati, 2021). Pernyataan nilai, tujuan, keyakinan, atau niat yang berfungsi sebagai panduan bagi manajemen dalam upaya mencapai tujuan tertentu disebut sebagai kebijakan. Kebijakan dapat berupa susunan rancangan tujuan dan dasar pertimbangan program pemerintah yang berhubungan dengan masalah tertentu yang dihadapi masyarakat, apapun yang pemerintah terapkan, dan masalah yang kompleks yang dinyatakan serta dipecahkan oleh pemerintah (Dachi, 2017). Sebuah kebijakan atau *policy* mengandung keputusan – keputusan yang ditentukan oleh pihak – pihak yang mempunyai kewenangan dalam bidang kebijakan tersebut atau yang dapat disebut dengan istilah *policy maker* (Purwaningsih dkk., 2021).

Menurut Dachi (2017), analisis kebijakan adalah tindakan memproduksi dan menyebarkan informasi tentang kebijakan yang dapat digunakan secara politis untuk mengatasi masalah dengan menggunakan berbagai teknik penelitian dan argumentasi (Dachi, 2017). Pernyataan "*what the government do or not to do*" mencerminkan gagasan analisis kebijakan. Hal ini mengindikasikan bahwa semua keputusan yang dibuat oleh pemerintah terkait sektor kesehatan didasarkan pada apa yang terbaik untuk masyarakat secara keseluruhan (Marniati, 2021). Kegiatan yang mengevaluasi dampak kebijakan publik terhadap masalah kesehatan masyarakat dikenal sebagai analisis kebijakan publik (Tambaip dan Tjilen, 2023). Upaya untuk memahami masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat, proses analisis kebijakan kesehatan yang merupakan salah satu komponen dari kebijakan public menganalisis data dan informasi tentang kesehatan baik dalam bentuk statistik maupun kualitatif.

1.3.1 Paradigma Baru dalam Analisis Kebijakan Kesehatan

Pendekatan pembangunan kesehatan telah bergeser dari kuratif dan rehabilitatif menjadi preventif dan promotif (Dachi, 2017). Kita dapat menyebut perubahan ini sebagai "paradigma sehat". Landasan dari paradigma sehat ini adalah kesadaran masyarakat akan efektivitas inisiatif untuk meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat. Masyarakat memahami bahwa tindakan preventif dan promotif lebih murah daripada tindakan kuratif dan rehabilitatif. Strategi preventif dan proaktif mendukung inisiatif pemberdayaan masyarakat, yang memungkinkan individu untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan kesehatan mereka sendiri daripada hanya diperlakukan sebagai objek.

Kondisi pergeseran pendekatan yang cenderung mengarah pada pendekatan promotif dan preventif ini mendorong adanya paradigma baru, sehingga hal tersebut mengharuskan beberapa hal yang berkaitan dengan analisis kebijakan, yaitu (Dachi, 2017):

1. Hubungan dengan sistem – sistem pembinaan masyarakat terutama terkait sistem perumusan kebijakan kesehatan. Beberapa hal yang berkaitan tidak secara langsung mengenai isi kebijakan, namun mengenai metode, pengetahuan, dan sistem kesehatan yang telah diperbaharui untuk membuat kebijakan yang lebih baik.
2. Analisis kebijakan perlu memusatkan perhatian pada sistem pembuatan kebijakan pada baik pada jenjang makro (subnasional, nasional, dan transnasional), keputusan individu, kelompok maupun organisasi yang dapat dilihat dari perspektif pembuatan kebijakan negara.
3. Berorientasi pada sifat interdisipliner yang dapat diwujudkan dengan memfungsikan ilmu – ilmu perilaku dan manajemen, serta membuka peluang dalam menyerap ilmu – ilmu lainnya yang relevan, seperti ilmu fisika dan teknik.
4. Berupaya dalam menggabungkan penelitian murni dan terapan.
5. Pelibatan aktif para pembuat kebijakan yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman dalam membangun ilmu – ilmu kebijakan.

6. Mendorong adanya kreativitas yang terorganisasi, sebagai contoh upaya dalam menemukan alternatif yang baru.
7. Menggunakan pengembangan pembuatan kebijakan sebelumnya dan upaya antisipasi pada masa depan sebagai pedoman pembuatan kebijakan.
8. Kesadaran diri sendiri dalam memonitor dan mendesain kembali ilmu – ilmu kebijakan.

Skema kebijakan kesehatan telah menggambarkan bahwa kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Sehubungan dengan hal tersebut, analisis kebijakan kesehatan merupakan hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Kemajuan ilmu pengetahuan dan kebutuhan yang berkaitan dengan analisis kebijakan di bidang kesehatan, mendorong munculnya ilmu baru yang dikenal sebagai analisis kebijakan kesehatan. Berikut merupakan gambaran perbedaan analisis kebijakan dengan ilmu – ilmu lainnya :

Tabel 1.2. Perbandingan analisis kebijakan dengan ilmu – ilmu lainnya

Paradigma	Tujuan utama	Klien	Bentuk uraian	Batasan waktu	Kelemahan umum
Penelitian ilmu sosial	Memahami masyarakat dengan membangun teori	Kebenaran menurut disiplin ilmu dan penelitian	Metodologi yang tuntas untuk membangun dan menguji teori.	Jarang ada batasan waktu	Sering tidak relevan dengan informasi yang dibutuhkan pembuat keputusan
Penelitian kebijakan	Menganalisis dampak dari penyesuaian terhadap faktor – faktor yang dapat dikendalikan oleh pemerintah	Para peserta dalam bidang – bidang kebijakan yang terkait.	Menerapkan teknik – teknik formal untuk menjawab pertanyaan – pertanyaan kebijakan terkait. Menganalisis dampak dari kebijakan.	Tergantung pada masalahnya, tekanan tenggat waktu merupakan hal yang umum terjadi.	Mengubah temuan penelitian menjadi keputusan kebijakan adalah hal yang sulit.
Perencanaan klasik	Menjelaskan kondisi masyarakat masa depan	Kepentingan publik sebagaimana dipahami	Menetapkan pedoman dan ekspektasi profesional.	Penting untuk menyelesaikannya secara segera, karena	Merupakan fiksi perencanaan jika proses

Paradigma	Tujuan utama	Klien	Bentuk uraian	Batasan waktu	Kelemahan umum
	yang dibayangkan dan langkah – langkah yang akan dilakukan untuk mencapainya.	oleh profesional	Menguraikan maksud dan tujuan.	menyangkut masa depan.	politik diabaikan.
<i>Public Administration</i> lama	Eksekusi kebijakan yang efektif yang berasal dari proses politik	Program yang dipercaya	Hukum dan manajerial	Penganggaran rutin dan pengambilan keputusan	Mengabaikan alternatif di luar program
<i>Journalisme</i>	Menarik perhatian publik terhadap masalah – masalah lokal.	Masyarakat umum	Deskriptif	Harus bertindak ketika isu sedang hangat	Tidak mendalam
Analisis kebijakan	Memeriksa dan menguraikan pilihan-pilihan yang dimiliki legislator untuk menyelesaikan masalah-masalah masyarakat an	Pembuat keputusan tertentu atau pembuat keputusan kelompok	Memadukan literatur dan kerangka teori yang ada untuk menilai hasil potensial dari berbagai pilihan keputusan.	Kesimpulan dari analisis biasanya sesuai dengan pilihan tertentu.	Perspektif yang terbatas akibat keterbatasan waktu dan fokus pada pelanggan.

Sumber: (Dachi, 2017)

1.3.2 Tujuan Analisis Kebijakan Kesehatan

Beberapa tujuan dari melakukan analisis terhadap kebijakan kesehatan, yaitu sebagai berikut (Temesvari, 2018):

1. Analisis kebijakan kesehatan dilakukan untuk dapat memahami proses kebijakan yang dapat dikembangkan dan diimplementasikan.
2. Analisis kebijakan kesehatan dengan penekanan pada faktor pendapatan keluarga dan kemiskinan, untuk memastikan tujuan dan kekuatan pendorong di balik kebijakan yang diadopsi.
3. Pemeriksaan terhadap kebijakan kesehatan untuk melihat dampaknya terhadap pendapatan keluarga.

4. Untuk memahami berbagai kemungkinan intervensi dari proses kebijakan tersebut.

1.3.3 Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

Seorang analis memerlukan berbagai metode untuk melakukan analisis terhadap suatu kebijakan. Secara umum, metode dapat dianggap sebagai cara untuk melakukan tugas dengan menggunakan teknik tertentu untuk mendapatkan hasil yang diinginkan (Marniati, 2021). Metode mengandung kualitas sistematis yang dapat diamati dan diterima secara rasional. Metode juga dikenal sebagai alternatif yang logis. Metode analisis kebijakan tidak sama dengan analisis pada umumnya. Perbedaan antara analisis kebijakan dan metodologi analisis umum adalah sebagai berikut (Dachi, 2017):

Tabel 1.3. Perbedaan metode analisis umum dan metode analisis kebijakan

Metode analisis umum	Metode analisis kebijakan
1) Deskriptif 2) Prediktif 3) Evaluasi Preskripsi (petunjuk)	1) Perumusan masalah 2) Peliputan (<i>monitoring</i>) 3) Peramalan (<i>forecasting</i>) 4) Evaluasi (<i>evaluation</i>) 5) Rekomendasi (<i>recommendation</i>) 6) Penyimpulan praktis (<i>practical inference</i>)

Sumber: (Dachi, 2017)

1.3.4 Peran Analisis Kebijakan Kesehatan

Keberhasilan dan kemudahan dalam menerapkan berbagai model dan metodologi implementasi kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh analisis kebijakan kesehatan (Marniati, 2021). Sebagai upaya ilmiah terbaru, analisis kebijakan memiliki tujuan untuk membantu perumusan keputusan yang berpusat pada isu-isu yang perlu diselesaikan (Marniati, 2021). Analisis multidisiplin, termasuk yang melibatkan bidang kesehatan dan kebijakan, dapat

dilakukan dengan menggunakan analisis kebijakan kesehatan. Dalam hal ini, analisis kebijakan kesehatan berperan dalam memadukan kedua bidang tersebut menjadi sub-penelitian baru untuk perpustakaan ilmiah. Ketersediaan analisis kebijakan kesehatan membantu pemerintah untuk mengatasi masalah dengan jenis tindakan kebijakan yang tepat dan memberikan kejelasan dengan memungkinkan pengambilan keputusan pada isu-isu yang pada awalnya ambigu dan tidak pasti dari hasil telaah fakta – fakta yang muncul.

1.3.5 Pendekatan Analisis Kebijakan Kesehatan

Pendekatan yang berbeda diperlukan karena tujuan dari pendekatan analisis kebijakan kesehatan adalah untuk menghasilkan kebijakan strategis yang sesuai dengan kebutuhan dan sistematis (Marniati, 2021). Para pelaku kebijakan akan lebih mudah berkonsentrasi pada satu titik dalam proses pembuatan kebijakan jika ada berbagai macam metode yang tersedia. Pendekatan analisis kebijakan kesehatan dibagi menjadi tiga jenis, yaitu sebagai berikut (Marniati, 2021):

Tabel 1.4. Pendekatan Analisis Kebijakan Kesehatan

Jenis pendekatan analisis kebijakan	Pengertian dan tujuan	Contoh
Pendekatan empiris	Pengertian Pendekatan yang mengutamakan topik (informasi faktual) dan memberikan penekanan yang lebih besar pada penjelasan sebab dan akibat dari kebijakan publik. Tujuan Menimbang manfaat dan kerugian dari setiap keputusan atau tindakan yang diambil dalam kebijakan.	Pengeluaran negara untuk transportasi, pendidikan, dan perawatan kesehatan dapat diprediksi atau dijelaskan oleh pendekatan ini. Jenis data yang dihasilkan adalah pembiayaan.

Jenis pendekatan analisis kebijakan	Pengertian dan tujuan	Contoh
Pendekatan evaluatif	Pengertian Pendekatan yang berkonsentrasi pada isu-isu yang terkait dengan mencari tahu biaya atau nilai dari kebijakan tertentu. Pelaksanaan strategi ini secara profesional diperlukan untuk meningkatkan pembuatan kebijakan dan menyelaraskannya dengan kebutuhan publik. Tujuan Melakukan evaluasi kinerja terhadap suatu kebijakan yang sedang atau pernah diberlakukan dari awal hingga akhir.	Setelah mendapat informasi tentang berbagai kebijakan KIA-KB, para analis dapat menilai pendekatan alternatif untuk mengalokasikan biaya, instrumen, atau obat-obatan berdasarkan konsekuensinya. Informasi yang dihasilkan bersifat evaluatif.
Pendekatan normatif	Pengertian Pendekatan yang memusatkan perhatian pada tindakan yang semestinya dilakukan. Tujuan Menganalisis kesesuaian kebijakan dengan norma – norma yang berlaku dan kebutuhan.	Solusi untuk meningkatkan kualitas layanan yang buruk di Puskesmas adalah dengan menaikkan biaya administrasi pasien dari Rp 2.000 menjadi Rp 5.000. Rekomendasi adalah jenis informasi yang dihasilkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariana, P. A. (2019) "Analisis Segitiga Kebijakan Kesehatan Perda Kawasan Tanpa Rokok Nomor 10 Tahun 2011 Provinsi Bali," *Jurnal Kesehatan MIDWINERSLION*, 4(1), hal. 74–82. doi: <https://doi.org/10.52073/midwinerslion.v4i1.127>.
- Budiayanti, R. T., Sriatmi, A. dan Jati, S. P. (2020) *Kebijakan Kesehatan: Implementasi Kebijakan Kesehatan*. Tahun 2020, *Undip Press*. Tahun 2020. Semarang: UNDIP PRESS. Tersedia pada: https://www.researchgate.net/publication/341477623_ANALISIS_KEBIYAKAN_KESEHATAN_SEBUAH_CATATAN_PING_GIR/link/5ec343e992851c11a874120c/download.
- Dachi, R. A. (2017) *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)*. Cetakan pe. Sleman: Deepublish Publisher.
- Darmawan, Y. B., Wahyuningsih, A. dan Kurnia, E. (2023) "Literature Review: Analisis Pengaruh Kebijakan Kesehatan," *Jurnal Administrasi RS Indonesia (JARSI)*, 2(1), hal. 170–176. Tersedia pada: <https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/jarsi/article/view/670>.
- Juliansyah, E. (2017) *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Cetakan 1. Diedit oleh D. C. Wibowo. Sintang Kalimantan Barat: CV Wiyata Bhakti.
- Marniati (2021) *Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan*. Cetakan Pe. Diedit oleh Nuraini. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Pemerintah Pusat Republik Indonesia (2023) *Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: LN 2023 (105), TLN (6887): 198 hlm.; jdih.setneg.go.id. Tersedia pada: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.
- Purwaningsih, E. dkk. (2021) *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat*. April 2021. Diedit oleh R. R. Rerung. Bandung: CV. Media Sains Indonesia. Tersedia pada: https://www.researchgate.net/publication/352006319_Administrasi_dan_Kebijakan_Kesehatan_untuk_Kesehatan_Masyarakat/link/60b52ec6a6fdcc476bda6eae/download.
- Tambaip, B. dan Tjilen, A. P. (2023) "Analisis Kebijakan Publik

Dalam Derajat Kesehatan di Papua,” *Jurnal Kebijakan Publik*, 14(1), hal. 101. doi: 10.31258/jkp.v14i1.8232.

Temesvari, N. A. (2018) “Analisis Segitiga Kebijakan Kesehatan dalam Pembentukan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 Tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya,” *Indonesian of Health Information Management Journal*, 6(1), hal. 14. Tersedia pada: <https://inohim.esaunggul.ac.id/index.php/INO/article/view/170/130>.

BAB 2

SISTEM KESEHATAN

Oleh Putu Erma Pradnyani

2.1 Pendahuluan

Sistem kesehatan merujuk pada organisasi dan struktur yang dibuat oleh suatu negara atau masyarakat untuk menyediakan layanan kesehatan kepada penduduknya. Sistem kesehatan bertujuan untuk mencegah, mengobati, dan mengelola masalah kesehatan individu serta masyarakat secara keseluruhan. Sistem kesehatan dapat bervariasi antar negara dan wilayah, tergantung pada kebijakan, budaya, dan sumber daya yang tersedia. Sistem Kesehatan dapat didefinisikan sebagai jaringan penyedia pelayanan kesehatan dan pengguna pelayanan di setiap wilayah, negara dan organisasi yang menjadikan sumber kedalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material (Vionalita, 2018). Tujuan adanya sistem kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, meningkatkan tanggung jawab terhadap harapan masyarakat terutama dalam pelayanan kesehatan, serta menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan.

Sistem kesehatan yang kuat merupakan modal utama untuk menciptakan sistem global yang kuat. WHO mengembangkan kerangka kerja sistem kesehatan yang dikenal dengan *Six Building Blocks* yang terdiri dari 6 pilar yaitu pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, informasi kesehatan, alat kesehatan/vaksin/teknologi, pembiayaan kesehatan serta leadership. Keenam pilar tersebut merupakan suatu kesatuan yang memiliki tujuan seperti peningkatan akses, cakupan, mutu dan keamanan kesehatan yang akan menghasilkan peningkatan derajat kesehatan, mencegah penyakit, dan mempromosikan gaya hidup sehat (UGM, 2020). Maka dari itu penting mengetahui mengenai sistem kesehatan guna memperkuat tujuan dari adanya sistem kesehatan.

2.2 Elemen Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan adalah entitas kompleks yang melibatkan berbagai elemen dan komponen yang saling terkait untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Beberapa elemen utama dalam sistem kesehatan yaitu pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat, pembiayaan kesehatan, manajemen dan administrasi, kebijakan kesehatan, teknologi kesehatan dan sistem informasi, pendidikan dan pelatihan, riset kesehatan, kebersihan lingkungan, keamanan dan mutu.

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan mencakup layanan yang diberikan oleh penyedia kesehatan, seperti dokter, perawat, ahli farmasi, dan profesional kesehatan lainnya. Pelayanan ini dapat mencakup pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan perawatan jangka panjang.

2. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan melibatkan rumah sakit, klinik, pusat kesehatan masyarakat, apotek, dan lembaga kesehatan lainnya yang menyediakan tempat dan sumber daya untuk memberikan pelayanan kesehatan.

3. Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan termasuk dokter, perawat, bidan, ahli farmasi, terapis, dan profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

4. Pasien dan Masyarakat

Pasien dan masyarakat adalah elemen yang aktif dalam sistem kesehatan. Pasien dan masyarakat adalah penerima pelayanan kesehatan dan memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan mereka sendiri, mencari perawatan, dan berpartisipasi dalam program-program pencegahan.

5. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan mencakup semua sumber dana yang digunakan untuk mendukung operasional sistem kesehatan. Ini dapat melibatkan iuran asuransi kesehatan, pendanaan pemerintah, dan kontribusi dari sektor swasta atau organisasi nirlaba (Pasau and Paramarta, 2023).

6. Manajemen dan Administrasi

Manajemen dan administrasi melibatkan pengelolaan operasional, perencanaan strategis, dan pengambilan keputusan di tingkat sistem kesehatan. Ini mencakup aspek-aspek seperti manajemen sumber daya manusia, keuangan, dan logistik.

7. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merujuk pada aturan, regulasi, dan kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah atau otoritas kesehatan untuk mengatur operasional sistem kesehatan, memberikan pedoman, dan mencapai tujuan kesehatan masyarakat.

8. Teknologi Kesehatan dan Sistem Informasi

Teknologi kesehatan termasuk perangkat medis, sistem informasi kesehatan, dan teknologi lainnya yang mendukung penyediaan pelayanan kesehatan, manajemen data pasien, dan penelitian medis.

9. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan pelatihan berkaitan dengan pengembangan keterampilan dan pengetahuan para profesional kesehatan. Ini mencakup pendidikan formal di institusi pendidikan, pelatihan lanjutan, dan pengembangan profesional berkelanjutan.

10. Riset Kesehatan

Riset kesehatan melibatkan penelitian ilmiah untuk meningkatkan pemahaman tentang penyakit, metode pengobatan, dan faktor-faktor kesehatan lainnya. Hasil riset ini dapat membentuk kebijakan kesehatan dan praktik klinis.

11. Kebersihan Lingkungan

Kebersihan lingkungan berkontribusi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ini mencakup pengelolaan limbah, air bersih, sanitasi, dan upaya-upaya lain untuk mencegah penyakit yang terkait dengan lingkungan.

12. Keamanan dan Kepastian Mutu

Keamanan dan mutu kesehatan terkait dengan upaya untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang disediakan aman, efektif, dan sesuai dengan standar keamanan dan mutu yang ditetapkan.

Semua elemen ini saling terkait dan memerlukan koordinasi yang baik untuk membangun dan menjaga sistem kesehatan yang efektif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

2.3 Model dan Jenis Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan mencakup berbagai model dan jenis, yang dapat bervariasi antar negara dan wilayah. Beberapa jenis sistem kesehatan yang umum adalah sebagai berikut.

1. Sistem Kesehatan Universal

Sistem kesehatan universal berusaha memberikan akses penuh dan merata ke layanan kesehatan bagi seluruh populasi tanpa memandang status ekonomi atau sosial. Sistem ini sering kali dikelola dan didanai oleh pemerintah.

2. Sistem Kesehatan Asuransi Wajib

Dalam sistem ini, setiap warga atau penduduk diwajibkan memiliki asuransi kesehatan. Pembiayaan untuk asuransi ini dapat berasal dari pembayaran pribadi, pengusaha, atau pemerintah.

3. Sistem Kesehatan Pembiayaan Campuran

Beberapa negara mengadopsi pendekatan campuran di mana sistem kesehatan dibiayai oleh kombinasi dana pemerintah, asuransi swasta, dan pembayaran langsung oleh individu.

4. Sistem Kesehatan Pasar

Dalam sistem kesehatan pasar, layanan kesehatan diberikan oleh penyedia swasta yang bersaing satu sama lain. Pasien biasanya membayar langsung atau melalui asuransi kesehatan untuk layanan tersebut.

5. Sistem Kesehatan Tertentu

Sistem kesehatan tertentu, atau sering disebut sebagai "*single payer*," melibatkan satu entitas, seringkali pemerintah, yang bertanggung jawab atas pembiayaan dan pengelolaan seluruh sistem kesehatan.

6. Sistem Kesehatan Desentralisasi

Beberapa negara menerapkan sistem kesehatan yang desentralisasi, di mana tanggung jawab dan keputusan kesehatan dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah atau otonom.

7. Sistem Kesehatan Komunitas

Sistem kesehatan komunitas menekankan peran masyarakat dalam mendefinisikan, merencanakan, dan mengelola layanan kesehatan mereka sendiri. Partisipasi aktif masyarakat dianggap kunci dalam sistem ini.

8. Sistem Kesehatan Teknologi Tinggi

Beberapa negara memiliki sistem kesehatan yang sangat didukung oleh teknologi tinggi, termasuk penggunaan sistem informasi kesehatan elektronik, telemedicine, dan teknologi lainnya untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan. Setiap jenis sistem kesehatan memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing, tergantung pada konteks sosial, ekonomi, dan politik di setiap negara atau wilayah. Kombinasi berbagai elemen dari jenis-jenis sistem ini dapat ditemukan dalam berbagai tingkat di seluruh dunia.

2.4 Sistem Kesehatan di Indonesia

Sistem kesehatan di Indonesia melibatkan sejumlah pihak dan struktur, dan telah mengalami perkembangan seiring waktu. Beberapa poin utama terkait sistem kesehatan di Indonesia dan peraturan pendukungnya adalah sebagai berikut.

1. Sistem Kesehatan Universal

Indonesia menerapkan sistem kesehatan universal yang diatur oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Prinsip-prinsip utama dalam undang-undang ini mencakup pemberian akses kesehatan yang merata kepada seluruh masyarakat Indonesia.

2. BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah lembaga yang mengelola program jaminan kesehatan di Indonesia. Program ini mencakup Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta dengan pembayaran iuran bulanan.

3. Peraturan tentang Penyelenggaraan Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan berbagai peraturan yang mengatur penyelenggaraan kesehatan, termasuk regulasi

tentang pelayanan kesehatan, izin praktik tenaga kesehatan, dan standar pelayanan kesehatan.

4. Peraturan Pusat dan Daerah

Sistem kesehatan Indonesia melibatkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pusat merumuskan kebijakan nasional dan menyusun regulasi, sementara pemerintah daerah bertanggung jawab untuk mengelola dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan di tingkat lokal.

5. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat pemerintah daerah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Mereka bertanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan preventif dan kuratif di tingkat komunitas (Zainaro, Kusumaningsih and Karyanto, 2019).

6. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan prinsip yang diterapkan dalam sistem kesehatan Indonesia. Program-program seperti Keluarga Berencana (KB) dan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) adalah contoh inisiatif untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam upaya kesehatan.

7. Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan

Pemerintah Indonesia terus berusaha meningkatkan keberlanjutan pelayanan kesehatan, termasuk dengan mengembangkan sistem informasi kesehatan, meningkatkan kualitas layanan, dan memperluas akses kesehatan di daerah terpencil.

8. Penanggulangan Bencana dan Penyakit Menular

Pemerintah memiliki peraturan dan protokol untuk penanggulangan bencana dan penyakit menular. Hal ini mencakup upaya pencegahan, deteksi dini, dan penanganan kasus penyakit menular seperti yang diatur oleh Kementerian Kesehatan. Selain itu, sejumlah peraturan lainnya juga mengatur aspek-aspek tertentu dalam sistem kesehatan Indonesia. Pemantauan dan evaluasi terus-menerus dilakukan untuk memastikan sistem kesehatan dapat beradaptasi dengan dinamika dan tantangan kesehatan yang berkembang.

Implementasi sistem kesehatan di Indonesia juga melibatkan berbagai aspek termasuk pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan, kebijakan kesehatan, dan pencegahan penyakit. Berikut beberapa contoh implementasi sistem kesehatan di Indonesia adalah sebagai berikut.

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):

JKN adalah program asuransi kesehatan yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia. Warga negara Indonesia harus menjadi peserta JKN dan membayar iuran bulanan untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang dicakup.

2. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Posyandu adalah program kesehatan masyarakat yang berfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak di tingkat desa. Kegiatan Posyandu melibatkan pemeriksaan kesehatan, imunisasi, penyuluhan gizi, dan pemantauan pertumbuhan anak.

3. Penggunaan Teknologi Informasi

Implementasi sistem kesehatan di Indonesia juga melibatkan penggunaan teknologi informasi. Misalnya, penerapan rekam medis elektronik di rumah sakit dan puskesmas untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi pengelolaan data kesehatan pasien.

4. Penyuluhan dan Edukasi Kesehatan

Program penyuluhan dan edukasi kesehatan dilakukan secara rutin untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pentingnya perawatan kesehatan berkala.

5. Panduan Protokol Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan panduan protokol kesehatan, terutama selama masa pandemi COVID-19. Ini melibatkan pembatasan sosial, penggunaan masker, dan protokol kebersihan untuk melindungi masyarakat dari penyebaran penyakit.

6. Inovasi Kesehatan

Beberapa inovasi kesehatan di Indonesia melibatkan pengembangan teknologi untuk mempermudah akses ke layanan kesehatan, termasuk aplikasi kesehatan dan telemedicine. Implementasi sistem kesehatan di Indonesia terus berkembang dan melibatkan berbagai pihak untuk meningkatkan akses, kualitas, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

2.5 Manfaat dan Tantangan Sistem Kesehatan

2.5.1 Manfaat Sistem Kesehatan

Secara umum ada beberapa manfaat Sistem Kesehatan yaitu sebagai berikut.

1. **Peningkatan Kesehatan Masyarakat**
Sistem kesehatan yang efektif dapat memberikan akses penuh dan merata ke layanan kesehatan, sehingga masyarakat dapat mendapatkan perawatan yang diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya.
2. **Pencegahan Penyakit**
Sistem kesehatan yang baik mendukung upaya pencegahan penyakit melalui program vaksinasi, edukasi kesehatan, dan promosi gaya hidup sehat.
3. **Penanganan Penyakit dan Kedaruratan**
Sistem kesehatan yang efisien mampu menanggapi cepat terhadap kasus penyakit dan keadaan darurat, memberikan perawatan yang tepat waktu dan menyelamatkan nyawa.
4. **Pengendalian Penyakit Menular**
Sistem kesehatan yang baik dapat membantu mengidentifikasi, mengisolasi, dan mengendalikan penyebaran penyakit menular, mencegah wabah yang lebih besar.
5. **Pemberdayaan Masyarakat**
Sistem kesehatan dapat menjadi alat untuk memberdayakan masyarakat dengan memberikan informasi, pendidikan kesehatan, dan mendukung partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.
6. **Peningkatan Kualitas Hidup**

Akses yang baik ke layanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat, dengan membantu mencegah dan mengobati penyakit serta meningkatkan kesejahteraan umum.

7. Inovasi Medis dan Penelitian

Sistem kesehatan yang berkembang dapat mendukung inovasi medis dan penelitian, memungkinkan pengembangan terapi baru, obat-obatan, dan teknologi kesehatan.

2.5.2 Tantangan Sistem Kesehatan

Selain manfaat, sistem kesehatan juga memiliki beberapa tantangan dalam pelaksanaannya. Beberapa tantangan Sistem Kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Akses dan Kesetaraan

Beberapa tantangan melibatkan kesenjangan dalam akses ke layanan kesehatan, baik antar wilayah maupun antar kelompok masyarakat, yang dapat menciptakan ketidaksetaraan dalam kesehatan.

2. Biaya

Biaya layanan kesehatan, termasuk biaya asuransi kesehatan, dapat menjadi hambatan bagi sebagian masyarakat untuk mendapatkan perawatan yang dibutuhkan.

3. Kekurangan Sumber Daya

Banyak sistem kesehatan menghadapi kekurangan sumber daya, termasuk tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan peralatan medis, yang dapat membatasi kapasitas mereka dalam memberikan pelayanan yang memadai.

4. Tantangan Teknologi dan Inovasi

Pengenalan teknologi baru dan inovasi dalam layanan kesehatan dapat membawa manfaat, tetapi juga menciptakan tantangan terkait keamanan data, biaya implementasi, dan kesenjangan akses.

5. Perubahan Demografi

Perubahan demografi, termasuk penuaan populasi, dapat menimbulkan tekanan tambahan pada sistem kesehatan, meningkatkan permintaan untuk layanan jangka panjang dan perawatan lanjut usia.

6. Ancaman Penyakit Menular dan Tidak Menular

Ancaman dari penyakit menular seperti pandemi dan peningkatan kasus penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan diabetes dapat menantang kapasitas sistem kesehatan dalam menanggapi dan menangani berbagai masalah kesehatan.

7. Manajemen Informasi dan Teknologi

Pengelolaan informasi kesehatan yang aman dan efisien menjadi kunci dalam sistem kesehatan modern, namun tantangan terkait privasi, keamanan data, dan integrasi teknologi sering kali muncul. Sistem kesehatan yang efektif dan responsif perlu terus beradaptasi dengan perubahan dan tantangan tersebut untuk memenuhi kebutuhan masyarakat secara maksimal.

2.6 Hubungan Sistem Kesehatan dengan Analisis Kebijakan Kesehatan

Sistem kesehatan dan analisis kebijakan kesehatan saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain. Hubungan antara keduanya melibatkan pemahaman dan implementasi kebijakan kesehatan dalam konteks sistem kesehatan yang ada. Berikut adalah beberapa hubungan antara sistem kesehatan dan analisis kebijakan kesehatan.

1. Perancangan Kebijakan Kesehatan

Sistem kesehatan yang efektif memerlukan perancangan kebijakan yang tepat. Analisis kebijakan kesehatan membantu mengevaluasi kebutuhan dan tantangan dalam sistem kesehatan, sehingga kebijakan yang dirancang dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

2. Implementasi Kebijakan

Analisis kebijakan kesehatan membantu dalam merencanakan dan melaksanakan kebijakan kesehatan di tingkat sistem. Proses implementasi ini melibatkan berbagai pihak dalam sistem kesehatan, termasuk penyedia layanan kesehatan, fasilitas kesehatan, pemerintah, dan sektor swasta.

3. Evaluasi Dampak Kebijakan

Sistem kesehatan perlu dievaluasi secara berkala untuk menilai dampak kebijakan kesehatan yang telah diterapkan. Analisis kebijakan membantu mengidentifikasi parameter evaluasi yang relevan dan menilai efektivitas, efisiensi, dan keadilan kebijakan kesehatan.

4. **Penyusunan Anggaran dan Sumber Daya**
Kebijakan kesehatan mempengaruhi alokasi sumber daya di dalam sistem kesehatan. Analisis kebijakan membantu mengevaluasi konsekuensi kebijakan terhadap anggaran dan sumber daya yang tersedia, serta memberikan panduan untuk pengalokasian yang efisien.
5. **Keterlibatan Pemangku Kepentingan**
Analisis kebijakan kesehatan mempertimbangkan keterlibatan pemangku kepentingan, termasuk masyarakat, lembaga pemerintah, dan sektor swasta. Keterlibatan ini penting untuk mendukung penerimaan dan implementasi kebijakan kesehatan di tingkat masyarakat.
6. **Penyesuaian Terhadap Perubahan Sosial dan Ekonomi**
Sistem kesehatan harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan sosial, ekonomi, dan lingkungan. Analisis kebijakan membantu mengidentifikasi perubahan tersebut dan merancang kebijakan yang responsif terhadap dinamika yang ada. Dengan demikian, analisis kebijakan kesehatan berfungsi sebagai alat untuk memahami, merancang, dan mengevaluasi kebijakan yang dapat meningkatkan kinerja dan efektivitas sistem kesehatan. Sementara itu, sistem kesehatan yang baik memberikan konteks dan implementasi nyata untuk kebijakan kesehatan tersebut.

2.7 Sistem Kesehatan dan Keamanan Data Kesehatan

Sistem kesehatan modern umumnya terkait erat dengan penggunaan teknologi informasi dan data kesehatan elektronik. Kaitan antara sistem kesehatan dan keamanan data kesehatan menjadi sangat penting karena melibatkan informasi sensitif dan pribadi pasien (Pastorino *et al.*, 2019). Berikut adalah beberapa aspek penting terkait kesehatan dan keamanan data.

1. Perekaman dan Penyimpanan Data

Sistem kesehatan menggunakan teknologi informasi untuk merekam dan menyimpan data kesehatan pasien. Ini mencakup riwayat penyakit, hasil tes, resep obat, dan informasi pribadi lainnya. Keamanan data ini penting untuk mencegah akses yang tidak sah atau penyalahgunaan informasi kesehatan.

2. Privasi dan Kepatuhan Hukum

Sistem kesehatan harus memastikan privasi pasien terlindungi sesuai dengan peraturan dan kebijakan privasi kesehatan yang berlaku. Di berbagai negara, seperti HIPAA di Amerika Serikat atau GDPR di Uni Eropa, ada regulasi ketat terkait dengan pengelolaan dan perlindungan data kesehatan.

3. Akses Terkendali

Keamanan data kesehatan melibatkan pengaturan tingkat akses yang sesuai. Ini mencakup memberikan hak akses yang sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing pemangku kepentingan, seperti dokter, perawat, atau administrator sistem.

4. Enkripsi Data

Penggunaan enkripsi pada data kesehatan membantu melindungi informasi saat transit dan penyimpanan. Data yang dienkripsi lebih sulit diakses oleh pihak yang tidak berwenang, bahkan jika terjadi pelanggaran keamanan.

5. Proteksi Terhadap Ancaman *cyber*

Sistem kesehatan rentan terhadap serangan *cyber*, seperti peretasan atau malware. Keamanan *cyber* yang kuat melibatkan perlindungan terhadap serangan *cyber*, pemantauan kegiatan mencurigakan, dan langkah-langkah pemulihan data jika terjadi kebocoran atau kerusakan (Saputera and Waluyo, 2015; Aji, 2023).

6. Pengelolaan Identitas Pengguna

Memastikan identitas pengguna yang terhubung ke sistem kesehatan adalah orang yang sah adalah langkah penting dalam keamanan data kesehatan. Ini melibatkan penggunaan otentikasi ganda, kata sandi yang kuat, dan manajemen hak akses yang cermat.

7. Pelatihan dan Kesadaran Keamanan

Tenaga kesehatan dan staf terlibat dalam pengelolaan dan akses data kesehatan perlu dilatih tentang praktik keamanan data. Kesadaran keamanan dapat membantu mencegah kesalahan manusia yang dapat mengakibatkan pelanggaran keamanan.

8. Pemantauan dan Audit

Pemantauan terus-menerus terhadap aktivitas sistem kesehatan dan audit rutin adalah langkah penting untuk mendeteksi dan mencegah akses yang tidak sah serta memberikan transparansi dalam penggunaan data kesehatan. Keamanan data kesehatan sangat penting untuk menjaga kepercayaan pasien, memenuhi kewajiban hukum, dan menghindari risiko serius seperti pencurian identitas atau penyalahgunaan informasi medis. Penerapan praktik terbaik dalam keamanan *cyber* dan manajemen data menjadi prioritas untuk organisasi kesehatan.

2.8 Sistem Kesehatan di Masa Bencana

Sistem kesehatan di era bencana menjadi sangat kritis karena bencana alam atau kejadian luar biasa lainnya dapat memberikan tekanan berat pada penyediaan layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa aspek sistem kesehatan yang relevan dalam konteks era bencana.

1. Pencegahan dan Persiapan

Sistem kesehatan perlu memiliki rencana dan strategi pencegahan bencana serta persiapan untuk menghadapi kemungkinan kejadian darurat. Ini termasuk pelatihan tenaga kesehatan, perencanaan evakuasi, dan simulasi bencana.

2. Manajemen Kejadian Darurat

Sistem kesehatan harus memiliki prosedur dan protokol untuk merespons dengan cepat ketika bencana terjadi. Ini melibatkan koordinasi antara berbagai layanan darurat, pusat kesehatan, dan lembaga kesehatan lainnya.

3. Pelayanan Kesehatan Darurat

Bencana seringkali menyebabkan peningkatan kebutuhan akan layanan kesehatan darurat. Sistem kesehatan perlu

memiliki kapasitas untuk memberikan perawatan medis yang segera dan efektif kepada korban bencana.

4. Pengelolaan Logistik dan Persediaan

Sistem kesehatan harus dapat mengelola logistik dan persediaan obat-obatan, alat kesehatan, dan peralatan medis yang diperlukan selama dan setelah bencana. Ini termasuk distribusi obat dan perlengkapan medis ke daerah yang terkena dampak.

5. Kesehatan Mental dan Psikososial

Bencana seringkali dapat memberikan dampak besar pada kesehatan mental dan psikososial masyarakat. Oleh karena itu, sistem kesehatan harus menyediakan dukungan kesehatan mental dan psikososial untuk korban dan petugas kesehatan yang terlibat dalam penanganan bencana.

6. Koordinasi antara Pihak Berwenang

Komunikasi dan koordinasi yang efektif antara berbagai pihak berwenang, termasuk pemerintah, organisasi kesehatan, dan lembaga bantuan, sangat penting untuk merespons bencana dengan efisien dan terkoordinasi.

7. Sistem Informasi Kesehatan Darurat

Sistem kesehatan perlu memiliki sistem informasi kesehatan darurat yang dapat memberikan data real-time tentang kondisi kesehatan masyarakat, kebutuhan medis, dan koordinasi layanan kesehatan.

8. Evakuasi dan Perlindungan Masyarakat

Sistem kesehatan harus berperan dalam merencanakan dan melaksanakan evakuasi yang aman serta memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakat yang terdampak, termasuk pengelolaan posko kesehatan di tempat-tempat evakuasi.

9. Pemulihan Pasca-Bencana

Pemulihan pasca-bencana melibatkan upaya jangka panjang untuk mengembalikan sistem kesehatan dan kondisi kesehatan masyarakat. Ini mencakup rekonstruksi fasilitas kesehatan, rehabilitasi masyarakat, dan pemulihan ekonomi.

10. Keterlibatan Masyarakat

Sistem kesehatan perlu melibatkan masyarakat dalam perencanaan, respons, dan pemulihan bencana. Peningkatan kesadaran dan keterlibatan masyarakat dapat meningkatkan ketahanan komunitas terhadap bencana.

Implementasi efektif dari semua aspek ini memerlukan kerja sama antara berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi kemanusiaan, dan masyarakat umum. Keberhasilan sistem kesehatan dalam mengatasi bencana bergantung pada kesiapan, koordinasi, dan respons yang cepat dan terkoordinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, M. P. 2023. 'Sistem Keamanan Siber dan Kedaulatan Data di Indonesia dalam Perspektif Ekonomi Politik (Studi Kasus Perlindungan Data Pribadi) [Cyber Security System and Data Sovereignty in Indonesia in Political Economic Perspective]', *Jurnal Politica Dinamika Masalah Politik Dalam Negeri dan Hubungan Internasional*, 13(2), pp. 222–238. doi: 10.22212/jp.v13i2.3299.
- Pasau, Y. and Paramarta, V. 2023. 'Strategi Manajemen Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi dalam Pelayanan Kesehatan: Studi Literature', *Jurnal Mahasiswa Ilmu Farmasi dan Kesehatan*, 1(4), pp. 01–10.
- Pastorino, R. *et al.* 2019. 'Benefits and challenges of Big Data in healthcare: An overview of the European initiatives', *European Journal of Public Health*, 29, pp. 23–27. doi: 10.1093/eurpub/ckz168.
- Saputera, M. Y. and Waluyo, T. J. 2015. 'Pengaruh Cyber Security Strategy Amerika Serikat Menghadapi Ancaman Cyber Warfare', *Jom FISIP*, 2(2), pp. 1–14.
- UGM, P. F. K. 2020. *Sistem Kesehatan Global*, *adminkes*. Available at: <https://sistemkesehatan.net/sistem-kesehatan-global/>.
- Vionalita, G. 2018. *Sistem Kesehatan Nasional*. Available at: https://lms-paralel.esaunggul.ac.id/pluginfile.php?file=/97780/mod_resource/content/1/12_7211_KMS235_122018.pdf.
- Zainaro, M. A., Kusumaningsih, D. and Karyanto, K. 2019. 'Hubungan Pelayanan Dan Fasilitas Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Di Puskesmas Karya Tani Kabupaten Lampung Timur', *Malahayati Nursing Journal*, 1(1). doi: 10.33024/manuju.v1i1.843.

BAB 3

KEPEMIMPINAN DAN PENGAMBILAN KEBIJAKAN

Oleh Aminah Toaha

3.1 Pendahuluan

Kepemimpinan dan pengambilan kebijakan merupakan dua aspek krusial dalam menjalankan suatu organisasi atau negara. Kedua hal ini saling terkait dan berperan penting dalam membentuk arah, tujuan, dan keberlanjutan suatu entitas. Kepemimpinan sebagai kemampuan untuk memandu, menginspirasi, dan memotivasi individu atau kelompok dalam mencapai tujuan bersama, sedangkan pengambilan kebijakan merupakan proses rasional untuk memilih alternatif tindakan yang dapat mengatasi berbagai tantangan dan merencanakan masa depan.

Kepemimpinan yang efektif tidak hanya mencakup kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat, tetapi juga keterampilan dalam membina hubungan yang kuat, membangun tim yang solid, dan memandu organisasi melalui perubahan. Seorang pemimpin yang mampu memberikan visi yang jelas dan memotivasi orang-orang di sekitarnya dapat menciptakan lingkungan kerja yang produktif dan inovatif.

Pengambilan kebijakan, sementara itu, merupakan proses yang melibatkan identifikasi masalah, pengumpulan informasi relevan, analisis data, dan akhirnya pemilihan alternatif tindakan yang paling sesuai. Keputusan yang diambil dalam konteks pengambilan kebijakan dapat memiliki dampak jangka panjang yang signifikan terhadap berbagai aspek kehidupan masyarakat. Oleh karena itu, penting bagi para pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan dampak jangka panjang dari setiap keputusan yang diambil.

Dalam konteks globalisasi dan dinamika perubahan yang cepat, kepemimpinan dan pengambilan kebijakan menjadi semakin

kompleks. Pemimpin dan pengambil kebijakan harus mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan, memahami dinamika sosial, ekonomi, dan politik, serta merencanakan langkah-langkah strategis untuk menghadapi tantangan yang muncul.

3.2 Pengertian

3.2.1 Kepemimpinan

Definisi klasik tentang kepemimpinan yang disajikan oleh seorang ahli teori organisasi terkemuka, yaitu Richard Cyrt (1990) seperti yang dikutip dalam Watson & Hoefer (2014), menggambarkan kepemimpinan sebagai kemampuan untuk mengarahkan perhatian para peserta organisasi kepada masalah yang dianggap penting oleh pemimpin. Taylor, et al., (2009) juga mengemukakan bahwa seorang pemimpin adalah individu yang paling berpengaruh terhadap perilaku dan keyakinan kelompok, yang mengambil inisiatif, memberikan perintah, membuat keputusan, berperan sebagai contoh yang diikuti, dan terlibat langsung dalam aktivitas kelompok.

Pendapat Bargal (2000), sebagaimana dikutip oleh Hughes & Wearing (2007), lebih lanjut menjelaskan bahwa fokus utama dari kepemimpinan organisasi adalah bagaimana seorang pemimpin dapat memengaruhi proses organisasi, memfasilitasi kohesi kelompok, dan mencapai tujuan organisasi. Watson & Hoefer (2014) menambahkan bahwa tujuan kepemimpinan tidak hanya terbatas pada penciptaan pengikut, tetapi juga melibatkan upaya untuk membimbing staf dan anggota organisasi non-profit agar mencapai sesuatu yang bermanfaat, seperti memberikan layanan berkualitas kepada penerima manfaat.

Dengan kata lain, kepemimpinan bukan sekedar tentang pengaruh personal, melainkan juga melibatkan kemampuan untuk membentuk proses organisasi, memotivasi kelompok, dan mencapai tujuan yang memberikan dampak positif, termasuk memberikan layanan berkualitas dalam konteks organisasi non-profit.

3.2.2 Pengambilan Kebijakan

Kebijakan berasal dari kata bijak, yang memiliki makna mahir, pandai, dan menggunakan akal (Muksin, 2019). Akan tetapi,

dari perspektif kebijakan, kata tersebut dapat diartikan sebagai serangkaian garis besar yang terdiri dari asas dan konsep yang membimbing pelaksanaan proses kepemimpinan (Munawar, 2017). Dari definisi ini, terdapat dua poin utama yang perlu diperhatikan, yaitu bahwa keputusan yang dapat diterima oleh semua pihak harus didasarkan pada pertimbangan yang logis selama proses pengambilan keputusan. Selain itu, pengambilan keputusan akan menghasilkan satu atau beberapa keputusan yang menjadi dasar bagi pelaksanaan pekerjaan dalam suatu organisasi.

Dengan demikian, dapat diartikan bahwa kebijakan dalam konteks pendidikan melibatkan seluruh proses dan hasil pengorganisasian langkah-langkah strategis. Langkah-langkah ini diimplementasikan sesuai dengan visi dan misi pendidikan, dengan tujuan untuk mencapai sasaran pendidikan dalam jangka waktu yang telah disepakati. Proses ini mencakup pertimbangan yang cermat, memastikan bahwa keputusan yang diambil dapat diterima secara luas dan memberikan dasar yang kokoh bagi perjalanan organisasi pendidikan.

Keputusan mencerminkan akhir dari suatu proses pemikiran terhadap masalah yang dianggap sebagai penyimpangan dari rencana awal, dengan memilih salah satu opsi pemecahannya. Pengambilan keputusan merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengatasi masalah secara sistematis (Anwar, 2014). Proses ini melibatkan analisis masalah dengan mempertimbangkan fakta-fakta yang ada, kemudian mencari solusi alternatif yang logis dan mengevaluasi pencapaian yang telah diperoleh (Lipursari, 2013). Dengan demikian, pengambilan keputusan dapat diartikan sebagai suatu proses untuk menentukan solusi terbaik dari berbagai alternatif yang telah diformulasikan.

Sebuah keputusan yang baik harus memiliki sifat analitis, fleksibel, dan dapat diimplementasikan dengan dukungan sarana dan prasarana yang tersedia. Saat mengambil keputusan, metode yang digunakan harus disesuaikan dengan sifat permasalahan yang dihadapi. Keputusan dapat diambil berdasarkan perasaan atau dengan mempertimbangkan rasio. Selain itu, pemilihan jenis pengambilan keputusan juga tergantung pada pribadi yang membuat keputusan. Oleh karena itu, ada beberapa jenis

pengambilan keputusan, seperti berdasarkan intuisi, rasionalitas, fakta, pengalaman, dan wewenang (Qodariyah, 2016). Setiap jenis pengambilan keputusan memiliki karakteristiknya sendiri, yang dapat disesuaikan dengan konteks dan kompleksitas masalah yang dihadapi.

3.3 Macam-macam Pendekatan Kepemimpinan

Terdapat dua pendekatan utama dalam kepemimpinan, yaitu kepemimpinan transformasional dan kepemimpinan yang melayani Watson & Hoefler (2014). Pertama, pendekatan kepemimpinan transformasional, yang dikenal sebagai gaya kepemimpinan transformasional, memberikan peluang kepada para pengikut untuk mencapai prestasi luar biasa dengan mengimplementasikan perubahan besar dalam organisasi dan pada diri mereka sendiri. Pemimpin transformasional secara aktif terlibat dalam penciptaan visi bersama dengan anggota staf, dan mereka bergerak maju untuk mewujudkan visi tersebut. Karakteristik kunci dari pemimpin transformasional meliputi karisma, inspirasi, stimulasi intelektual, orientasi pada orang, dan memberikan perhatian individual kepada setiap anggota tim.

Selanjutnya, pendekatan kedua adalah kepemimpinan yang melayani, suatu gaya kepemimpinan di mana pemimpin memilih untuk memimpin melalui pelayanan kepada orang lain. Tujuannya adalah untuk melayani orang lain dengan baik terlebih dahulu, dengan harapan bahwa kekuasaan atau pengaruh akan muncul sebagai hasil dari pelayanan tersebut. Gaya kepemimpinan ini menekankan nilai-nilai seperti kerendahan hati, pemberian dukungan, dan perhatian pada kebutuhan dan perkembangan individu dalam organisasi. Dengan demikian, baik kepemimpinan transformasional maupun kepemimpinan yang melayani memberikan landasan bagi pendekatan kepemimpinan yang holistik dan berorientasi pada pelayanan.

Kedua metode ini, sering kali diterapkan oleh seorang pemimpin. Baik kepemimpinan transformasional maupun kepemimpinan yang melayani, keduanya diperlukan untuk menghadapi perubahan yang akan terjadi di masa depan dalam organisasi, dan pendekatan ini mampu mendukung pencapaian

tujuan dan visi organisasi. Di organisasi layanan manusia, yang sering kali berupa organisasi nirlaba, seorang pemimpin kerap kali harus berkolaborasi dengan anggota staf, donatur, dan pemangku kepentingan lainnya. Selain itu, seorang pemimpin senantiasa menghargai masukan dan saran yang membangun sebagai pertimbangan untuk membuat keputusan yang lebih baik. Selanjutnya, keterampilan seorang pemimpin dalam mengambil keputusan masih dianggap sebagai salah satu karakteristik yang sangat menonjol dan diinginkan dalam memandu dan mengelola jalannya organisasi layanan manusia, dengan tujuan untuk mencapai target dan sasaran organisasi.

3.4 Jenis-jenis Pengambilan Kebijakan

Untuk merumuskan sebuah kebijakan, ada beberapa faktor yang dapat dijadikan dasar pertimbangan. Proses pengambilan kebijakan dapat dibedakan menjadi dua kategori utama, yakni kebijakan individual dan kebijakan kelompok (Apriliani et al., 2015). Kebijakan individual merupakan proses di mana pemimpin mengambil keputusan secara independen, sementara kebijakan kelompok melibatkan sekelompok orang yang bersama-sama melakukan musyawarah untuk mencapai kesepakatan dalam pengambilan kebijakan. Pengambilan kebijakan dalam konteks kelompok dapat dibagi lebih lanjut menjadi tiga bentuk: oleh sekelompok pemimpin, oleh sekelompok orang bersama-sama dengan pemimpin, dan oleh sekelompok orang dengan kedudukan yang setara.

Kelebihan dari pengambilan kebijakan secara kelompok meliputi kecepatan dalam pengambilan keputusan tanpa perlu menunggu persetujuan dari semua anggota, mengurangi potensi konflik antaranggota, dan meminimalkan risiko kesalahan dalam pengambilan kebijakan (Sitanggang and Sibagariang, 2019). Meskipun demikian, pengambilan kebijakan secara kelompok juga memiliki kelemahan, yaitu terdapat keterbatasan dari pemimpin kelompok yang dapat memunculkan risiko kesalahan dalam pengambilan keputusan (Anwar, 2014). Kesalahan dalam pengambilan kebijakan, jika terjadi, dapat menjadi beban tersendiri bagi pemimpin di lembaga pendidikan tersebut.

Dari paparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengambilan kebijakan dapat dilakukan secara individual atau kelompok, masing-masing dengan kelebihan dan kelemahan tertentu. Pada intinya, seorang pemimpin di lembaga pendidikan harus memiliki kemampuan untuk mengambil kebijakan yang sesuai dengan konteks dan permasalahan yang dihadapi, dengan mempertimbangkan keberagaman dan dinamika kelompok yang terlibat.

3.5 Tahap Pengambilan Kebijakan

Sebuah kebijakan tidak dapat diambil secara gegabah (Prabowo et al, 2019). Hal ini dikarenakan setiap kebijakan yang diambil akan memiliki dampak terhadap setiap elemen yang terkait. Oleh karena itu, setiap kebijakan harus diambil dengan penuh pertimbangan dan keakuratan agar dapat mengurangi dampak negatif yang mungkin timbul. Pada umumnya, pengambilan kebijakan terdiri dari tiga tahapan, sebagaimana dijelaskan oleh Utami (2012) yaitu:

1. Tahapan penyelidikan, yaitu tahapan untuk menganalisis kondisi lingkungan yang terkait dengan kebijakan yang akan diambil. Pada tahapan ini, data yang ditemukan masih bersifat mentah dan kemudian diolah serta diuji untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi;
2. Tahapan perancangan, yang melibatkan proses pendaftaran, pengembangan, dan analisis tindakan yang akan diimplementasikan;
3. Tahapan pemilihan, di mana dilakukan pemilihan tindakan dari beberapa opsi yang ada.

Tahapan-tahapan dalam pengambilan kebijakan tersebut menjadi panduan bagi lembaga pendidikan dalam mengambil kebijakan, menekankan pentingnya analisis menyeluruh, perancangan yang cermat, dan pemilihan tindakan yang paling sesuai untuk merespons permasalahan yang dihadapi.

3.6 Gaya dan Model Pengambilan Kebijakan

Pemimpin di lembaga pendidikan harus mengadaptasi gaya dan model pengambilan kebijakan yang selaras dengan tahapan pengambilan keputusan. Seorang pemimpin perlu memenuhi persyaratan tertentu dalam merumuskan kebijakan. Persyaratan tersebut mencakup:

1. Pemahaman pemimpin terhadap alternatif dan dampak keputusan,
2. Kemampuan pemimpin lembaga pendidikan,
3. Kemampuan pemimpin lembaga pendidikan dalam menilai alternatif keuntungan yang dapat diimplementasikan.

Gaya atau model pengambilan kebijakan pemimpin erat kaitannya dengan tipe kepemimpinan yang diterapkan. Pemimpin otoriter cenderung mengambil kebijakan secara otoriter. Ada tiga tipe kepemimpinan, yakni tipe normatif, tipe personal, dan tipe transaksional (Gaol, 2017). Tipe normatif berfokus pada pencapaian tujuan dengan cepat melalui penyesuaian terhadap tujuan organisasi. Tipe personal mengutamakan keterlibatan individu dalam mencapai tujuan, sementara tipe transaksional bersifat sementara dan disesuaikan dengan kebutuhan situasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, H. 2014. "Proses Pengambilan Keputusan untuk Mengembangkan Mutu Madrasah." *Nadwa*, 8(1), 37-56.
- Gaol, N. T. L. 2017. "Teori dan Implementasi Gaya Kepemimpinan Kepala Sekolah." *Kelola: Jurnal Manajemen Pendidikan*, 4(2), 213-219.
- Hughes, M., & Wearing, M. 2007. "Organisations and Management in Social Work." In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952. Sage Publications.
- Lipursari, A. 2013. "Peran Sistem Informasi Manajemen (SIM) dalam Pengambilan Keputusan." *Jurnal STIE Semarang*, 5(1), 132855.
- Muksin, M. 2019. "Perubahan Status Kelembagaan Perguruan Tinggi Agama Islam: Studi Perubahan IAIN menjadi UIN dan STAIN menjadi IAIN." *Jurnal Kelola: Jurnal Ilmu Sosial*, 2(2), 70-84.
- Munawar, H. 2017. "Pengaruh Pelaksanaan Kebijakan Pengembangan Agama Islam terhadap Koordinasi Penyuluh dengan Pengawas Pendidikan Agama Islam untuk Mewujudkan Efektivitas Program Pendidikan Agama Islam." *Jurnal Pendidikan UNIGA*, 11(1), 18-25.
- Prabowo, W., Yusuf, M., & Setyowati, R. 2019. "Pengambilan Keputusan Menentukan Jurusan Kuliah Ditinjau dari Student Self Efficacy dan Persepsi Terhadap Harapan Orang Tua." *Jurnal Psikologi Pendidikan Dan Konseling: Jurnal Kajian Psikologi Pendidikan Dan Bimbingan Konseling*, 5(1), 42-48.
- Qodariyah, S. M. 2016. "Manajemen Pengambilan Keputusan: Penelitian di Madrasah Tsanawiyah Al-Ichlash Serang Baru Kabupaten Bekasi." (Doctoral dissertation, UIN Sunan Gunung Djati Bandung).
- Sitanggang, R., & Sibagariang, S. 2019. "Model Pengambilan Keputusan Dengan Teknik Metode Profile Matching." *CESS (Journal of Computer Engineering, System and Science)*, 4(1), 44-50.
- Utami, S. S. 2012. "Peranan Sistem Informasi Manajemen Untuk Pengambilan Keputusan Pengusaha Kecil." *Jurnal Ekonomi dan Kewirausahaan*, 11(2), 1-10.

BAB 4

PROSES KEBIJAKAN

Oleh Afif Wahyudi Hidayat

4.1 Pendahuluan

Proses mengacu pada serangkaian langkah atau aktivitas yang dilakukan untuk mencapai suatu tujuan atau hasil tertentu. Proses dapat terjadi dalam berbagai konteks, termasuk dalam proses kebijakan. Proses merujuk pada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan dan dievaluasi. Suatu kebijakan dipandang sebagai sebuah agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi (Hunter, 2003). Kebijakan merupakan suatu konsensus atau kesepakatan mengenai suatu permasalahan, dimana maksud dan tujuan diarahkan pada suatu prioritas yang telah ditetapkan dan terdapat arah utama untuk mencapainya. (Evans & Manning, 2003). Kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik. Konsep kebijakan publik dapat dipahami sebagai keberadaan negara yang kuat, kompeten dan sah, mewakili masyarakat yang menggunakan administrasi dan teknologi yang kompeten dalam pembiayaan dan pelaksanaan kebijakan publik. Proses kebijakan merupakan suatu langkah sistematis dan terencana yang dilakukan untuk merumuskan, mengimplementasikan dan mengevaluasi suatu kebijakan. Dalam konteks pemerintahan atau organisasi, proses ini melibatkan identifikasi permasalahan, penelitian, perencanaan, pengambilan keputusan, serta pelaksanaan kebijakan tersebut.

Pentingnya pemahaman mendalam terhadap proses kebijakan menjadi kunci dalam menciptakan kebijakan yang efektif dan dapat memberikan dampak positif bagi masyarakat atau entitas yang terkait. Melalui langkah-langkah ini, suatu kebijakan dapat diarahkan dengan baik untuk mencapai tujuan yang diinginkan, serta memberikan landasan yang kokoh bagi perubahan dan kemajuan dalam suatu sistem atau organisasi.

4.2 Proses Kebijakan

Kebijakan kesehatan mengacu pada tujuan dan sasaran, sebagai alat, proses pengambilan keputusan dan gaya pengambil keputusan, termasuk implementasi dan evaluasi. (Lee et al., 2002).

Kebijakan kesehatan berfokus pada apa yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan untuk mencapai tujuan jangka panjang, memberikan rekomendasi praktis untuk pengambilan keputusan penting. (Lee, 2008).

Menurut Sutcliffe dan Court Proses kebijakan adalah cara dimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau dirumuskan, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasikan dan dievaluasi. (Massie, 2009).

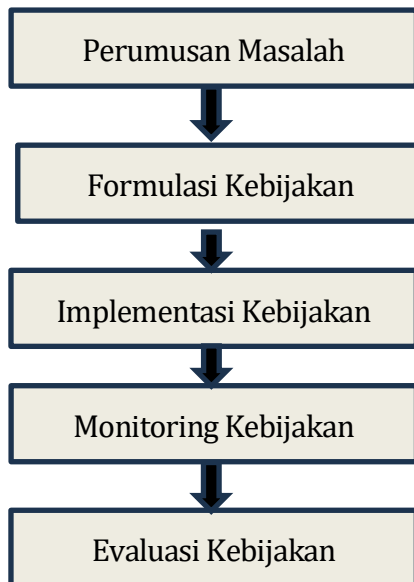
Proses kebijakan adalah suatu program yang diorganisir melalui proses perancangan dan implementasi. Ada banyak model berbeda yang digunakan oleh para analis politik, antara lain:

1. *Model perspektif* (rational model) yaitu Semua asumsi pengambilan kebijakan yang masuk akal didasarkan pada informasi yang akurat.
2. *Model incrementalist* (prioritas pilihan) yaitu Membangun kebijakan secara bertahap dan bernegosiasi dengan kelompok berkepentingan untuk memilih kebijakan prioritas.
3. *Model rational* (mixed scanning model) dimana para pembuat kebijakan mengambil langkah-langkah untuk mengkaji dan bernegosiasi secara mendalam dengan kelompok-kelompok yang memprioritaskan model kebijakan.
4. *Model punctuated equilibria* yaitu kebijakan berfokus pada isu-isu yang menjadi perhatian utama para pembuat kebijakan.

Penyusunan proses kebijakan meliputi dua tahap, yaitu mengidentifikasi opsi kebijakan dan memilih opsi prioritas. Pada kedua tahap tersebut, pembuat kebijakan harus memahami situasi secara rinci sehingga mereka dapat mengambil keputusan yang dapat ditindaklanjuti. (Sutton, 1999).

Pendekatan yang paling umum digunakan untuk memahami suatu proses kebijakan disebut “heuristic”, yang melibatkan pengorganisasian proses kebijakan ke dalam serangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model yang menggambarkan dan tidak mewakili apa yang terjadi dalam situasi kehidupan nyata. mencakup isu-isu besar. Pada langkah ini, kita akan mengeksplorasi bagaimana memasukkan isu-isu yang menjadi perhatian ke dalam agenda. Kedua, perumusan kebijakan mengeksplorasi siapa yang terlibat dalam pengembangan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut disepakati dan bagaimana kebijakan tersebut akan dikomunikasikan. Ketiga, implementasi kebijakan. Langkah ini seringkali terabaikan padahal merupakan tahapan yang sangat penting dalam menyusun suatu kebijakan karena jika kebijakan tersebut tidak dilaksanakan maka dapat dianggap buruk. Keempat, evaluasi mencakup unsur-unsur yang muncul dari suatu kebijakan dan tidak diharapkan dari kebijakan tersebut. (Pollard & Collins, 2005).

Menurut James Anderson, Tahapan pengembangan kebijakan adalah perumusan masalah, perumusan kebijakan, penetapan kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan (Manurung et al., 2021).



4.3 Proses Penyusunan Kebijakan Kesehatan

Proses penyusunan kebijakan kesehatan adalah serangkaian langkah yang sistematis dan terencana yang dilakukan untuk merumuskan, mengembangkan, dan mengimplementasikan kebijakan yang berhubungan dengan aspek-aspek kesehatan dalam suatu negara atau wilayah. Proses ini melibatkan pemahaman mendalam terhadap masalah kesehatan, penelitian, konsultasi dengan berbagai pemangku kepentingan, perumusan kebijakan yang efektif, serta implementasi dan evaluasi kebijakan tersebut. Dalam konteks penyusunan kebijakan kesehatan, beberapa langkah umum meliputi identifikasi masalah kesehatan, pengumpulan data dan informasi, keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan, perumusan kebijakan dengan mempertimbangkan bukti-bukti ilmiah, evaluasi dampak, pengambilan keputusan, implementasi, evaluasi, dan pemantauan terus-menerus. Selama proses ini, pemerintah, lembaga kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta dapat terlibat secara aktif.

Pengembangan kebijakan kesehatan juga mencakup langkah-langkah seperti menetapkan tujuan kesehatan, menentukan strategi untuk mencapai tujuan tersebut, mengalokasikan sumber daya, dan mengembangkan peraturan atau regulasi yang mendukung implementasi politik. Pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan penting untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan, memastikan bahwa kebijakan tersebut beradaptasi terhadap perubahan kondisi kesehatan masyarakat, dan memberikan dasar untuk perubahan atau perbaikan kemajuan kebijakan di masa depan.

Proses mengacu pada bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau dirancang, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diterapkan dan dievaluasi. Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses politik adalah dengan menggunakan apa yang disebut heuristik. Hal ini berarti membagi proses politik ke dalam serangkaian tahapan yang akan berfungsi sebagai alat teoretis, model, dan belum tentu mewakili apa yang terjadi di dunia nyata. Namun, rangkaian langkah ini membantu memahami pembentukan kebijakan pada berbagai tahap. (Sabatier, 1993):

1. Identifikasi isu dan permasalahan, gali bagaimana isu yang ada dimasukkan ke dalam agenda politik, mengapa isu lain tidak pernah dibahas.
2. Mengembangkan kebijakan, mencari tahu siapa yang berpartisipasi dalam pengembangan kebijakan, bagaimana kebijakan dikembangkan, disetujui dan dikomunikasikan.
3. Implementasi kebijakan, langkah ini paling sering diabaikan dan sering dianggap sebagai bagian terpisah dari dua langkah pertama. Namun tahapan ini dianggap sebagai tahapan yang paling penting dalam proses pengembangan kebijakan karena jika kebijakan tidak dilaksanakan atau diubah pada saat implementasi, maka bisa saja terjadi sesuatu yang buruk dan hasilnya negatif, sehingga kebijakan tidak akan sesuai dengan yang diharapkan.
4. Mengevaluasi kebijakan, mencari tahu apa yang terjadi selama penerapannya, bagaimana pengendaliannya, apakah tujuan telah tercapai dan apakah terdapat akibat yang tidak diinginkan. Tahap ini adalah saat kebijakan dapat diubah atau dibatalkan dan kebijakan baru dapat ditetapkan.

Ada beberapa hal yang perlu diingat ketika menggunakan kerangka sederhana dan berguna ini. Pertama, proses kebijakan akan dianggap sebagai proses yang linier, atau dengan kata lain mengalir lancar dari satu tahap ke tahap berikutnya, mulai dari penemuan masalah hingga implementasi dan evaluasi. Namun kenyataannya, jarang sekali orang melihatnya secara jelas sebagai sebuah proses. Bisa jadi pada tahap implementasi ditemukan permasalahan baru atau kebijakan telah dirumuskan namun tidak pernah sampai pada tahap implementasi. Dengan kata lain, pengambilan kebijakan mengenai karang menjadi proses berulang yang rasional dan dipengaruhi oleh kepentingan unilateral. Menurut Lindblom (1959) bahwa proses kebijakan adalah sesuatu yang dicampur aduk oleh para penyusun kebijakan (Syamsul et al., 2016).

Proses penyusunan kebijakan kesehatan melibatkan serangkaian langkah yang kompleks dan berkelanjutan. Berikut adalah beberapa tahapan umum yang terlibat dalam proses tersebut:

1. Identifikasi Masalah Kesehatan:
 - a. Analisis data kesehatan untuk mengidentifikasi masalah utama yang perlu diatasi.
 - b. Menganalisis tren penyakit, faktor risiko, dan kesehatan masyarakat.
2. Penelitian dan Evaluasi:
 - a. Melakukan penelitian untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang masalah kesehatan yang diidentifikasi.
 - b. Mengevaluasi kebijakan kesehatan yang sudah ada untuk menentukan efektivitasnya.
3. Stakeholder Involvement:
 - a. Melibatkan berbagai pihak terkait, seperti pemerintah, lembaga kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta.
 - b. Mendengarkan masukan dan pandangan dari berbagai pihak untuk memastikan kebijakan mencerminkan kebutuhan dan harapan mereka.
4. Perumusan Kebijakan:
 - a. Menyusun rancangan kebijakan berdasarkan hasil analisis dan masukan dari stakeholders.
 - b. Menentukan tujuan, strategi, dan langkah-langkah konkret untuk mencapai perbaikan kesehatan.
5. Pengkajian Dampak:
 - a. Mengevaluasi dampak potensial kebijakan terhadap masyarakat, ekonomi, dan sistem kesehatan.
 - b. Memperkirakan biaya dan manfaat kebijakan.
6. Pengambilan Keputusan:
 - a. Melibatkan proses pengambilan keputusan oleh pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan.
 - b. Memastikan keputusan didasarkan pada bukti-bukti yang kuat dan mempertimbangkan dampaknya.
7. Implementasi:
 - a. Menyusun rencana implementasi yang rinci, termasuk alokasi sumber daya dan tanggung jawab.
 - b. Melibatkan pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kebijakan.

8. Evaluasi dan Revisi:
 - a. Melakukan evaluasi berkala terhadap implementasi kebijakan.
 - b. Menganalisis apakah tujuan telah tercapai dan apakah perlu dilakukan perubahan atau revisi kebijakan.
9. Diseminasi Informasi:
 - a. Mengkomunikasikan kebijakan kepada masyarakat, stakeholder, dan pihak terkait lainnya.
 - b. Memastikan pemahaman dan dukungan publik terhadap kebijakan.
10. Pemantauan Terus-Menerus:
 - a. Melakukan pemantauan berkelanjutan terhadap indikator kesehatan dan perkembangan dalam implementasi kebijakan.
 - b. Mengadaptasi kebijakan sesuai dengan perubahan kondisi atau kebutuhan.

Proses ini merupakan siklus yang berulang, di mana evaluasi terus-menerus dan pembelajaran dari implementasi kebijakan menjadi dasar untuk perbaikan dan penyempurnaan kebijakan kesehatan di masa mendatang.

4.4 Tahap dalam Penyusunan Kebijakan Menurut Tahap Heuristic

Penyusunan kebijakan merupakan suatu proses yang kompleks dan melibatkan beberapa tahap. Tahap heuristic adalah pendekatan atau metode penyusunan kebijakan yang berfokus pada penemuan solusi secara cepat dan efektif. Berikut adalah tahap dalam penyusunan kebijakan menurut tahap heuristic:

1. Pemahaman Masalah:
 - a. Identifikasi masalah atau isu yang memerlukan kebijakan.
 - b. Analisis akar permasalahan untuk memahami faktor-faktor yang terlibat.
2. Pengumpulan Informasi:
 - a. Kumpulkan data dan informasi terkait masalah yang sedang dihadapi.

- b. Identifikasi sumber daya, stakeholder, dan informasi penting lainnya.
- 3. Analisis Informasi:
 - a. Evaluasi data dan informasi yang telah dikumpulkan.
 - b. Identifikasi tren, pola, atau hubungan yang mungkin mempengaruhi masalah.
- 4. Penyusunan Solusi Awal:
 - a. Mengembangkan beberapa opsi atau solusi kebijakan awal.
 - b. Gunakan pendekatan kreatif untuk memunculkan ide-ide inovatif.
- 5. Evaluasi Solusi:
 - a. Evaluasi kelebihan dan kekurangan masing-masing solusi.
 - b. Pertimbangkan implikasi jangka panjang dan dampaknya terhadap semua pihak terkait.
- 6. Pemilihan Solusi Terbaik:
 - a. Tentukan solusi yang paling memadai dan sesuai dengan tujuan kebijakan.
 - b. Ambil keputusan berdasarkan analisis dan evaluasi solusi.
- 7. Pengembangan Rincian Kebijakan:
 - a. Rincikan langkah-langkah dan detail pelaksanaan kebijakan yang dipilih.
 - b. Tentukan indikator kinerja untuk mengukur keberhasilan implementasi kebijakan.
- 8. Konsultasi dan Komunikasi:
 - a. Libatkan stakeholder terkait dalam proses konsultasi.
 - b. Komunikasikan kebijakan kepada pihak-pihak yang terlibat untuk memperoleh dukungan.
- 9. Implementasi:
 - a. Terapkan kebijakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - b. Monitor pelaksanaan dan lakukan perubahan jika diperlukan.
- 10. Evaluasi dan Penyesuaian:
 - a. Evaluasi kinerja kebijakan secara berkala.

- b. Sesuaikan kebijakan jika ada kekurangan atau perubahan kondisi yang memerlukan penyesuaian.

Pendekatan heuristic dalam penyusunan kebijakan memungkinkan pengambilan keputusan yang cepat dan fleksibel dengan memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman praktis. Namun, perlu diingat bahwa setiap tahap harus dilakukan dengan hati-hati untuk memastikan kebijakan yang dihasilkan efektif dan dapat diterapkan dengan baik.

Pendekatan stage heuristic merupakan pendekatan yang memilah proses kebijakan tersebut kedalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan yang sebenarnya. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan-persoalannya. Pada langkah ini dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk kedalam agenda
2. Formulasi kebijakan yang mengeksplorasi siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut didisepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan.
3. Implementasi kebijakan. Tahap ini seringkali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru.
4. Evaluasi kebijakan dimana diidentifikasi apa saja yang termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan (Pollard & Collins, 2005).
5. Agenda-agenda dari kebijakan kesehatan kesehatan didominasi oleh hal-hal yang spesifik yang berhubungan dengan kebutuhan yang dirasakan dalam kontes system kesehatan untuk menjawab persoalan kesehatan masyarakat, penyebab penyakit-peyaki atau hal-hal yang berhubungan dengan organisasi dan manajemen kesehatan. Contohnya, obat-obatan, peralatan, aksesterhadap fasilitas

kesehatan dan lain sebagainya (Leppo, 2001). (Syamsul et al., 2016)

4.5 Kesimpulan

Proses pengembangan kebijakan kesehatan adalah cara di mana kebijakan dimulai, dikembangkan atau dirancang, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diterapkan dan dievaluasi.

Tahap-tahap heuristik pengembangan kebijakan, yaitu menyusun proses politik menjadi serangkaian tahapan dengan menggunakan serangkaian tingkatan menggunakan teori dan model dan tidak mewakili apa yang terjadi dalam situasi kehidupan nyata.

Secara umum proses kebijakan adalah:

1. Pentingnya Perencanaan: Proses kebijakan menekankan pentingnya perencanaan yang baik. Kebijakan yang efektif memerlukan pemahaman yang mendalam tentang tujuan, sumber daya yang tersedia, dan dampak potensial.
2. Partisipasi dan Keterlibatan Stakeholder: Keterlibatan stakeholder yang tepat dalam pembuatan kebijakan sangat penting. Melibatkan berbagai pihak yang terkait dapat meningkatkan penerimaan dan implementasi kebijakan.
3. Evaluasi dan Pemantauan Terus-Menerus: Evaluasi terus-menerus dan pemantauan pelaksanaan kebijakan diperlukan untuk memastikan bahwa kebijakan tetap relevan dan efektif seiring waktu. Dengan pemantauan yang baik, kebijakan dapat disesuaikan dengan perubahan lingkungan atau kebutuhan.
4. Transparansi dan Akuntabilitas: Proses kebijakan yang transparan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat. Akuntabilitas juga penting agar pelaksanaan kebijakan dapat dipertanggungjawabkan secara efektif.
5. Kolaborasi Antarsektor dan Antarpelaku: Dalam beberapa kasus, kebijakan yang melibatkan kolaborasi antarsektor atau antarpelaku dapat mencapai hasil yang lebih baik daripada pendekatan yang bersifat sektoral atau terisolasi.
6. Fleksibilitas: Kebijakan yang fleksibel dapat lebih mudah beradaptasi dengan perubahan dan tantangan yang muncul.

- Fleksibilitas memungkinkan penyesuaian tanpa harus membuat perubahan besar pada kebijakan.
7. Pentingnya Evaluasi Dampak Sosial dan Ekonomi: Kebijakan harus dievaluasi tidak hanya dari segi keberlanjutan ekonomi tetapi juga dari dampak sosialnya. Memahami dampak jangka panjang dapat membantu mencegah konsekuensi tidak diinginkan.
 8. Keterlibatan Masyarakat: Kebijakan yang lebih berhasil seringkali melibatkan partisipasi aktif masyarakat. Memahami kebutuhan dan pandangan masyarakat dapat meningkatkan efektivitas dan penerimaan kebijakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Hunter, D. J. 2003. *Public health policy*. Polity Press Cambridge.
- Lee, K. 2008. *The World Health Organization (WHO)*. Routledge.
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. 2002. *Health policy in a globalising world*. Cambridge University Press.
- Manurung, J., Novela, V., Ulfiana, Q., Simamora, J. P., Argaheni, N. B., Sianturi, E., Saeni, R. H., & Lakhmudien, L. 2021. *Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Massie, R. G. A. 2009. Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), 409–417.
- Narula, J., Acio, E. R., Narula, N., Samuels, L. E., Fyfe, B., Wood, D., Fitzpatrick, J. M., Raghunath, P. N., Tomaszewski, J. E., & Kelly, C. 2001. *Annexin-V imaging for noninvasive detection of cardiac allograft rejection*. Nature Publishing Group US New York.
- Pollard, A., & Collins, J. 2005. *Reflective teaching*. A&C Black.
- Sabatier, P. A. 1993. *Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik*. Springer.
- Sutton, R. 1999. *The policy process: an overview*. Overseas Development Institute London.
- Syamsul, A., Rahman, F., Wulandari, A., & Anhar, V. Y. 2016. Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan. *Pustaka Banua. Banjarmasin*.

BAB 5

ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN

Oleh Nuruniyah

Analisis dampak kebijakan kesehatan adalah proses penilaian dan evaluasi yang komprehensif untuk memahami akibat dan dampak suatu kebijakan pada berbagai aspek dan pemangku kepentingan terhadap kesehatan masyarakat. Dengan memahami dampak kebijakan kesehatan, pihak pemangku kebijakan dapat membuat keputusan yang lebih informasional dan efektif dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Analisis kebijakan kesehatan mempunyai tugas yang sangat berat, karena cakupan analisis kebijakan kesehatan sangat luas dan masalah yang dihadapi dapat berkembang. Ketika memutuskan aspek mana yang akan dianalisis. Sebagian besar pakar ilmiah berfokus pada analisis *stakeholder* dan pengaruhnya dalam membuat Keputusan (Ayuningtyas, 2014). Akan tetapi, bagaimana peraturan yang dimiliki pembuat kebijakan peraturan mana yang dimiliki pembuat kebijakan tersebut jika diimplementasikan, belum banyak diperhatikan oleh pelaku analisis kebijakan.

Berikut adalah Langkah-langkah umum dalam melakukan analisis dampak kebijakan (Ayuningtyas, 2014) :

5.1 Identifikasi Tujuan Kebijakan

Identifikasi tujuan kebijakan adalah langkah awal dalam proses perumusan kebijakan. Tujuan kebijakan merupakan hasil atau kondisi yang diinginkan hingga tercapai suatu kebijakan tersebut. Tujuan tersebut dapat mencakup perbaikan kondisi sosial, ekonomi, lingkungan, atau sektor lainnya, dan seringkali mencerminkan nilai - nilai atau prioritas tertentu yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Menentukan tujuan kebijakan adalah akibat yang secara sadar ingin dicapai atau dihindari. Secara umum kebijakan selalu ingin mencapai kebaikan dan setinggi mungkin

mencegah keburukan yang bakal terjadi (Meinitasari, Yuliasuti and Santoso, 2021).

Berikut adalah beberapa contoh tujuan kebijakan di berbagai bidang:

1. Bidang Kesehatan
Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, mengurangi angka penyakit tertentu dalam populasi, meningkatkan kesehatan ibu dan anak dan menurunkan angka kematian bayi.
2. Bidang Ekonomi
Meningkatkan pertumbuhan ekonomi nasional, mengurangi tingkat pengangguran, meningkatkan pendapatan dan distribusi pendapatan serta mendorong investasi dan inovasi.
3. Bidang Lingkungan
Memperbaiki kualitas udara dan air, meningkatkan, keberlanjutan sumber daya alam, mengurangi emisi gas rumah kaca dan meminimalkan dampak negatif terhadap ekosistem.
4. Bidang Pendidikan:
Meningkatkan akses dan mutu pendidikan, menurunkan tingkat drop-out sekolah, meningkatkan keterampilan dan pengetahuan siswa dan meningkatkan tingkat partisipasi dalam pendidikan tinggi.
5. Bidang Sosial:
Mengurangi ketidaksetaraan sosial dan ekonomi, meningkatkan kesejahteraan Masyarakat, memperkuat hubungan sosial dan keharmonisan Masyarakat dan mempromosikan keadilan sosial dan hak asasi manusia.
6. Bidang Teknologi dan Inovasi:
Mendorong riset dan pengembangan teknologi, meningkatkan adopsi inovasi dalam industri, membangun ekosistem start-up dan kewirausahaan dan meningkatkan daya saing nasional dalam teknologi.

5.2 Pemangku kepentingan (*stakeholder*)

Pemangku kepentingan (*stakeholder*) adalah semua pihak yang berkepentingan dan terlibat dalam setiap tahap siklus

pengembangan kebijakan, baik mereka yang menyusun, mengadvokasi, melaksanakan, hingga terkena dampak dari sebuah kebijakan baik secara langsung maupun tidak langsung, negative maupun positif.

Berikut adalah beberapa aspek dan manfaat dari pemetaan pemangku kepentingan (Ayuningtyas, 2014)

5.2.1 Identifikasi pemangku kepentingan

Pemangku kepentingan dapat dalam beberapa cara. Misalnya membaginya dalam pemangku kepentingan primer dan sekunder. Kemudian masing-masing yang telah teridentifikasi dapat dikelompokkan dalam satu tabel. Perlu diperhatikan faktor lainnya seperti gender, pekerjaan dan pendidikan.

Contoh tabel dalam pemangku kepentingan :

Tabel 5.1. Pengelompokan Pemangku Kepentingan

No	Pemangku kepentingan		Informasi / keterangan pemangku kepentingan			
	Primer	Sekunder	Gender	Pekerjaan	Asal Instansi	Pendidikan
1.						
2.						
dst						

Sumber : [Ayuningtyas, 2014](#)

Pengelompokkan pemangku kepentingan, dilakukan dengan memastikan bahwa kita telah memiliki informasi memadai untuk mengetahui latar belakang para pemangku kepentingan. Ketersediaan informasi yang memadai menjadi syarat penting untuk menentukan keberhasilan analisis pemangku kepentingan.

5.2.2 Identifikasi kepentingan

Setiap kelompok mengidentifikasi kepentingan apa saja yang dapat memberikan dampak terhadap mereka berdasarkan skala prioritas masing – masing.

Tabel dibawah ini merupakan contoh dari pemetaan masing-masing pemangku kepentingan :

1. Asesmen Aspirasi dan kepentingan pemangku kepentingan

No	Pemangku kepentingan		Informasi / keterangan pemangku kepentingan			
	Primer	Sekunder	Harapan/ Aspirasi	Keuntungan	Sumber Daya	Anggapan terhadap pihak lain
1.						
2.						
Dst						

Sumber : [Ayuningtyas, 2014](#)

Informasi yang diperlukan untuk menilai aspirasi dan kepentingan pemangku kepentingan dijelaskan dalam tabel berikut :

No	Pemangku Kepentingan	Informasi/ Kepenting	Keterangan		Pemangku
	Primer	Kepentingan	Potensi Dampak Kebijakan	Prioritas Kepentingan	
1.		Mis. Mendapatkan pendanaan	+	Tinggi	
2.					
dst					
	Sekunder				
1.		Bimbingan teknis	+	Sedang	
2.		Pendampingan	+	Tinggi	
Dst					
	Eksternal				
1.		Penciptaan Lapangan Kerja	+	Tinggi	
2.					
Dst					

Sumber : [Ayuningtyas, 2014](#)

5.2.3 Menganalisis pengaruh pemangku kepentingan teridentifikasi

Pengaruh dipahami sejauh mana orang – orang, kelompok, atau organisasi (pemangku kepentingan) dapat membujuk atau memaksa orang lain dalam pembuatan keputusan dan mengikuti rangkaian tindakan tertentu.

Kepentingan menunjukkan prioritas kebutuhan dalam memuaskan atau memenuhi kebutuhan dan kepentingan yang diharapkan dapat terwujud melalui kebijakan. Analisis terhadap kepentingan, kekuasaan dan kapasitas pemangku kepentingan menjadi dasar untuk memberi penilaian terhadap pemangku kepentingan mana yang penting bagi kesuksesan kebijakan.

5.2.4 Identifikasi risiko dan antisipasi manajemen resiko

Keberhasilan penentuan kebijakan sebagian tergantung pada keabsahan asumsi yang dibuat oleh beragam pemangku kepentingan dan risiko yang akan dihadapi dalam kebijakan. Beberapa risiko berasal dari kepentingan yaitu konflik kepentingan. Risiko potensial terutama datang dari pemangku kepentingan yang memiliki *high influence* dan kepentingan mungkin terganggu atau tidak terlalu menjadi prioritas dalam kebijakan.

5.3 Menetapkan masalah

Masalah Kesehatan adalah suatu situasi atau kondisi yang telah terjadi atau memiliki potensi yang berdampak pada Kesehatan Masyarakat. Dalam penetapan masalah diperlukan data yang didorong oleh kondisi tersebut, antara lain adanya ketidaksesuaian antara kenyataan tersebut yang belum jelas, serta adanya alternatif penyelesaian lebih dari satu.

Upaya mendefinisikan masalah Kesehatan akan mengarahkan pada penetapan masalah Kesehatan yang sebenarnya. Penetapan masalah yang baik seharusnya terdeskripsi secara terbatas, artinya masalah Kesehatan yang dimaksud telah terdefinisi secara tajam dan terfokus pada akar masalah. Oleh sebab itu alternatif Solusi yang dipilih dan dasar pembuatan atau analisis kebijakan yang dilakukan dapat lebih tajam mengarah pada penyelesaian pada akar masalah. Menurut (Subangkit *et al.*,

2016)pendefinisian masalah merupakan tahapan yang penting dalam menganalisis kebijakan untuk memecahkan masalah. Pemahaman tentang masalah secara empiris dan konsepsional akan berkembang selama melakukan analisis kebijakan. Selain itu, penting pula untuk melihat Kembali *statement* atau pernyataan masalah secara berulang dalam proses analisis kebijakan untuk meyakinkan bahwa hasil analisis kebijakan tepat mengenai pada akar masalah yang ditargetkan.

5.4 Menggali Bukti

Setelah masalah didefinisikan, pelaku analisis kebijakan dapat beralih pada pencarian bukti. Dengan kata lain, mengumpulkan data yang mengandung makna dan secara signifikan mendukung dalam identifikasi bagian dalam masalah kebijakan yang mungkin belum ditemukan serta alternatif Solusi yang memungkinkan untuk dilakukan.

Pada nyatanya seorang analisis kebijakan jarang meluangkan waktu untuk menggali bukti atau mengidentifikasi masalah yang belum terungkap sehingga dalam hal ini peneliti dari pakar ilmiah yang lebih berperan. Pada akhirnya ini menjadi kesalahan pelaku (analisis kebijakan) bahawa seorang analisis kebijakan harus banyak menghabiskan waktu dalam mengumpulkan informasi yang sedikit berpotensi.

Permulaan yang baik dalam mengumpulkan bukti dengan mengkaji literatur. Data sekunder kadang dibutuhkan saat melengkapi analisis, data sekunder bukan hanya publikasi akademik tapi juga dokumen kebijakan yang penting dan laporan yang tidak dipublikasikan yang didapatkan dari kementrian Kesehatan atau institusi pemerintah.

5.5 Mempertimbangkan Pilihan Kebijakan Yang Berbeda

Setelah mengompilasi berbagai bukti yang telah dikumpulkan, proses selanjutnya adalah mengonstruksikan alternatif solusi untuk mengurangi dampak. Setelah memasuki tahap analisis terhadap pilihan atau opsi kebijakan, penting juga untuk memperhatikan hubungan kebijakan terhadap faktor

kontekstual. Banyak opsi kebijakan yang sering kali dikesampingkan bahkan sebelum opsi tersebut di uji coba.

Menimbang berbagai alternatif bukan berarti bahwa opsi kebijakan saling terpisah satu sama lain. Saat memilih satu alternatif menyebabkan pilihan pada (alternatif) yang lain pula dan terkadang hal tersebut bermakna penambahan yang sederhana pada tindakan kebijakan yang bisa dijadikan untuk menyelesaikan atau menyelamatkan masalah Kesehatan, serta kemungkinan terdapat keterkaitan antara satu alternatif lainnya.

5.6 Perumusan Skenario

Membuat skenario-skenario yang mungkin terjadi sebagai dampak dari kebijakan. Ini melibatkan pemodelan potensi hasil yang dapat diperoleh dari kebijakan, baik positif maupun negatif.

Kebijakan tidak hanya memiliki satu outcome atau dampak yang diinginkan melainkan banyak dan berlipat ganda. Oleh sebab itu, diperlukan sejumlah Langkah yang perlu dilakukan untuk memastikan dampak yang dihasilkan dari satu kebijakan, antara lain:

1. *Finding*

Mengumpulkan dimensi hasil yang dipengaruhi oleh kebijakan. Dimensi yang dimaksud dapat dilihat dari segi konteks maupun *stakeholder* terkait.

2. *Limiting*

Dalam implementasi kebijakan kadang-kadang ditemukan potensi dampak yang sangat besar, oleh sebab itu menelusuri seluruh dampak potensial tidak akan efektif dan tidak akan realistis. Karena itu, Keputusan dalam menentukan dimensi dari dampak kebijakan harus dibuat berdasarkan *common sense* dan konsultasi dengan pemangku kepentingan dan pakar.

3. *Assessing Impacts*

Dampak potensial yang dianggap relevan untuk ditelusuri perlu menggunakan desain penelitian sehingga dapat dipertanggung jawabkan.

4. *Common scaling*

Hasil yang ditemukan berbeda ukurannya sehingga estimasi dampak untuk beragam hasil harus dikombinasikan. Misalnya

biaya dan harga, perubahan pendapatan, sikap dan sebagainya. Sebuah pendekatan harus dilakukan dengan menempatkan seluruh faktor tersebut bersama-sama sehingga seluruh kebijakan dapat dinilai.

5. *Weighing*

Langkah ini dilakukan jika nilai yang beragam dalam dampak kebijakan, mengingat jarang sekali (nilai dampak) memiliki arti penting yang sama. Dibutuhkan pendekatan secara kualitatif seperti konsultasi dengan ahli pakar atau pemangku kepentingan, untuk menimbang nilai penting sebuah dampak kebijakan yang terlihat, sehingga dapat menetapkan nilai penting yang diharapkan dapat menjawab suatu persoalan sesuai dengan kebutuhan Masyarakat.

5.7 Analisis Dampak Ekonomi

Sebagai salah satu pilar kehidupan manusia, aspek ekonomi sangat mempengaruhi pilar kehidupan manusia, aspek ekonomi sangat mempengaruhi kebijakan Kesehatan yang berdampak pada seluruh lapisan Masyarakat. Memberi perhatian dalam konteks ekonomi dapat membantu memahami dinamika ekonomi kehidupan masyarakat, pemerintah dan kekuatan pasar internasional yang berpengaruh pada perencanaan kebijakan, Pembangunan dan implementasi kebijakan Kesehatan.

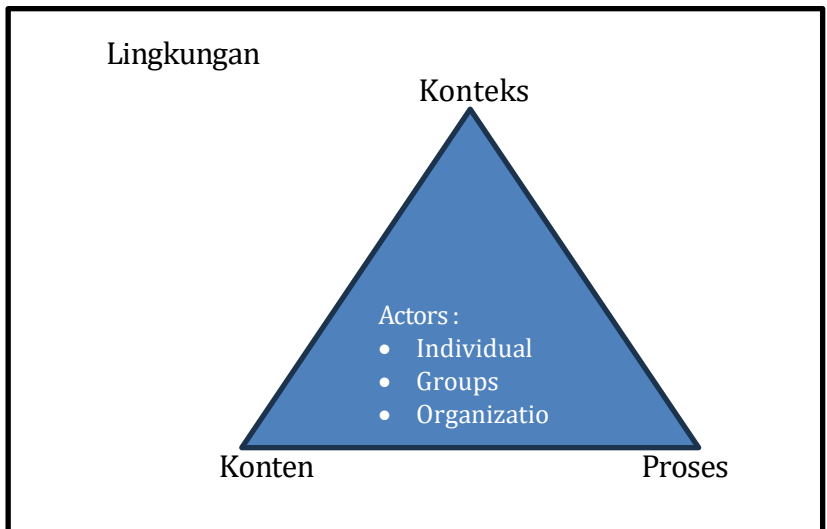
Kondisi perekonomian dinegara berkembang sangat memengaruhi konsumsi kesehatan masyarakat secara signifikan. Sumber daya yang terbatas juga mengakibatkan banyaknya program Kesehatan yang gagal dijalankan atau tidak berhasil mencapai tujuan, seperti terbatasnya akses pelayanan Kesehatan. Masalah akses pelayanan Kesehatan ini tidak hanya secara geografis seperti yang dialami Masyarakat dipelosok daerah yang sulit menjangkau pelayanan Kesehatan dipusat kota, namun dapat diartikan sebagai keterjangkauan finansial kemampuan Masyarakat golongan miskin dalam mengakses pelayanan Kesehatan.

Faktor ekonomi mempengaruhi lingkungan kebijakan Kesehatan dan aliran sumber daya dalam pembangunan Kesehatan. Pada tahun 1998 saat terjadinya krisis, menyebabkan jumlah penduduk miskin di Indonesia semakin bertambah,

mencapai 40% dari jumlah penduduk 28,5% tinggal di daerah urban dan 71,5% tinggal di pedesaan, data tersebut memperlihatkan banyak penduduk kota dan desa menjadi miskin (Ascobat, 2000). Sifat *uncertainty* atau ketidakpastian dalam pelayanan di bidang Kesehatan sama sekali tidak melihat kemampuan ekonomi rakyat karena tidak seorangpun akan tahu kapan ia akan butuh pelayanan rumah sakit dan berapa biaya yang akan ia keluarkan.

5.8 Analisis Lingkungan

Unsur lingkungan menjadi satu unsur di antara unsur segitiga kebijakan. Kebijakan lainnya : faktor kebijakan dan konten kebijakan yang saling mempengaruhi dalam terminologi segitiga kebijakan Kesehatan yang dikembangkan (Massie, 2009) aspek lingkungan dimaknai sebagai konteks. Kedua istilah tersebut mempunyai peran yang hampir sama, yaitu memberi pengaruh dalam sistem dan kebijakan Kesehatan, akan tetapi berbeda dalam hal penggunaan atau cara pandangnya di dalam suatu analisis kebijakan Kesehatan. Untuk memudahkan pemahaman antara kedua istilah tersebut penulis mencoba menggambarannya dalam bagan berikut :



Gambar 5.1. Segitiga system kebijakan Kesehatan Lingkungan Pengembangan dari (Walt and Gilson, 1994)

5.9 Analisis Kesehatan

Analisis kesehatan adalah proses mendalam untuk menggali, mengevaluasi dan memahami kondisi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Tujuan utama dari analisis kesehatan adalah untuk memberikan wawasan yang komprehensif tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan serta menyediakan dasar bagi pengambilan keputusan dan pengembangan kebijakan yang efektif.

Mempertimbangkan dampak kebijakan pada kesehatan masyarakat adalah suatu proses penting yang melibatkan analisis dampak dari kebijakan yang diterapkan oleh pemerintah atau lembaga terkait. Dampak tersebut mencakup berbagai aspek, seperti akses kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan umum. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai arti dari konsep tersebut :

5.9.1 Akses Kesehatan

Kebijakan kesehatan dapat memiliki dampak signifikan pada akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Kebijakan yang mendukung akses yang lebih mudah, terjangkau dan setara terhadap layanan kesehatan memiliki potensi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Sebaliknya, kebijakan yang menghambat akses, baik karena faktor finansial atau hambatan struktural, dapat menyebabkan ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan.

Penyakit dan Pencegahan juga merupakan kebijakan yang dapat berpengaruh pada tingkat penyakit di masyarakat. Misalnya, kebijakan pencegahan yang efektif, seperti vaksinasi massal atau kampanye penyuluhan kesehatan, dapat mengurangi penyebaran penyakit infeksi. Sebaliknya, kebijakan yang tidak mendukung upaya pencegahan atau mengatasi determinan sosial yang berkontribusi pada penyakit dapat memperburuk masalah kesehatan masyarakat.

5.9.2 Kesejahteraan Umum

Dampak kebijakan ini dapat terlihat dalam tingkat kesejahteraan umum masyarakat. Kebijakan ekonomi, pendidikan, dan lingkungan dapat secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi faktor-faktor yang berkontribusi pada

kesejahteraan, seperti tingkat pengangguran, pendapatan dan kualitas lingkungan. Kesejahteraan umum yang diperbaiki dapat menciptakan kondisi yang mendukung kesehatan masyarakat.

5.9.3 Determinan Sosial Kesehatan

Kebijakan kesehatan seringkali berhubungan dengan determinan sosial kesehatan, yaitu faktor-faktor sosial, ekonomi dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan. Saat mempertimbangkan dampak kebijakan pada determinan sosial, kita dapat menilai apakah kebijakan tersebut dapat meredakan atau memperburuk ketidaksetaraan kesehatan di masyarakat.

5.9.4 Evaluasi dan Perbaikan

Evaluasi dampak kebijakan pada kesehatan masyarakat menjadi kunci untuk memastikan kebijakan tersebut efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Proses ini melibatkan pengumpulan data, analisis statistik, dan penilaian terhadap indikator kesehatan untuk mengevaluasi apakah kebijakan yang diimplementasikan telah memberikan manfaat yang diinginkan atau malah menyebabkan dampak yang tidak diinginkan.

5.10 Analisis Dampak Sosial Budaya

Data riset melaporkan bahwa adanya korelasi antara Kesehatan dan kebudayaan, baik secara positif maupun negatif. Termasuk juga kebudayaan atau gaya hidup serta sikap masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam proses kebijakan Kesehatan. Perilaku konsumtif dan kejahatan korupsi dimasyarakat negara berkembang diyakini pula berpengaruh terhadap efektifitas pembangunan kebijakan Kesehatan. Beberapa organisasi seperti Bank Dunia, *International Monetary Fund* (IMF), dan Lembaga transparansi internasional telah menyoroiti korupsi dan dampaknya terhadap proses kebijakan dinegara – negara berkembang (Khan *et al.*, 2006)

Masalah sosial dan budaya masyarakat serta pemerintah akhirnya mempengaruhi keberpihakan pada aspek Kesehatan dalam penentu keputusan ataupun kebijakan.

Komponen yang terkait dalam konteks sosial dan budaya dalam kebijakan Kesehatan antara lain pendidikan, letak geografis, pekerjaan, hubungan antar masyarakat, gender, agama, etnis, adat istiadat, norma social dan norma budaya.

Berbagai permasalahan dalam sektor kesehatan tidak selalu dapat ditangani dengan baik karena kurangnya pendekatan sosial dan budaya dalam kebijakan Kesehatan. Sebagai contoh kasus kematian ibu melahirkan, salah satu penyebabnya adalah keterlambatan mengambil keputusan dalam merujuk ibu bersalin dalam ke fasilitas pelayanan Kesehatan. Hal ini seringkali berhubungan dengan faktor budaya dalam beberapa kelompok masyarakat kita, dimana wanita belum memiliki kesetaraan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan Kesehatan bahkan keselamatannya sendiri.

5.11 Analisis Risiko dan Keberlanjutan

Mengidentifikasi potensi risiko yang terkait dengan kebijakan dan pertimbangan keberlanjutan implementasi kebijakan dalam jangka panjang. Risiko adalah kemungkinan kerugian, kecelakaan atau hilangnya manfaat yang seharusnya diperoleh. Melalui analisis risiko dapat didirumuskan hubungan sebab-akibat atau pengaruh kondisi lingkungan terhadap tujuan dan sasaran organisasi. Risiko biasanya muncul dalam aspek manusia, lingkungan hidup, hak milik, keuangan dan reputasi. Berbagai manfaat yang diperoleh dapat dengan mengaplikasikan manajemen risiko, antara lain :

1. Membuat kebijakan menjadi lebih efektif
2. Membuat control biaya menjadi lebih baik
3. Membuat kebijakan menjadi lebih sistematis dengan cara memberikan pemahaman yang baik tentang pengaruh lingkungan terhadap kebijakan sehingga dapat menetapkan metode analisis kebijakan dengan lebih baik.
4. Mengurangi gangguan atau kekacauan dalam proses kebijakan
5. Penggunaan sumber daya secara lebih baik

5.12 Pemantauan dan Evaluasi Berkelanjutan

Melakukan pemantauan dan evaluasi dampak kebijakan secara berkelanjutan. Pemantauan yang berkelanjutan memungkinkan untuk penyesuaian kebijakan jika diperlukan dan untuk memastikan pencapaian tujuan jangka panjang.

Dalam intervensi untuk menilai dampak perlu dilakukan kriteria penilaian alternatif semata. Pilihan dari kriteria tergantung pada masalah yang akan dikaji.

(Rodríguez-García, 2010) mengajukan lima kriteria yang seharusnya diterapkan dalam evaluasi (proyeksi dampak) intervensi kebijakan :

1. Relevansi: apakah intervensi yang berkontribusi bagi Kesehatan membutuhkan target populasi tertentu ? apakah intervensi tersebut telah konsisten dengan kebijakan dan prioritas yang telah ditetapkan ?
2. Progresif: bagaimana perbandingan hasil aktual dengan target yang direncanakan ?
3. Efisiensi: apakah hasil aktual intervensi berkaitan dengan pengeluaran sumber daya yang dilakukan ?
4. Efektivitas: sampai pada tingkatan seperti apa intervensi dilakukan terhadap suatu objek/ populasi ?
5. Dampak: bagaimana dampak atau efek yang dihasilkan setelah melakukan intervensi terhadap status Kesehatan secara keseluruhan dan keterkaitan dampak tersebut terhadap kondisi sosial ekonomi Masyarakat ?

5.13 Komunikasi Hasil Analisis

Komunikasi hasil analisis merupakan tahap kritis dalam siklus analisis data. Setelah data dikumpulkan dan dianalisis, langkah selanjutnya adalah menyampaikan temuan dan kesimpulan kepada pemangku kepentingan yang relevan. Proses ini bukan hanya menggambarkan temuan analisis, tetapi juga mencakup pengorganisasian informasi, pemilihan medium komunikasi yang sesuai, dan memastikan pemahaman yang jelas. Dalam lembar ini, kita akan mengeksplorasi pengertian komunikasi hasil analisis dan mengapa hal ini penting dalam konteks pengambilan keputusan dan perbaikan. Pentingnya komunikasi hasil analisis, antara lain :

5.13.1 Membantu Pengambilan Keputusan

Komunikasi hasil analisis memberikan pemahaman yang lebih baik kepada pemangku kepentingan mengenai kondisi atau masalah tertentu. Informasi yang jelas dan relevan memungkinkan pengambil keputusan untuk membuat keputusan yang lebih baik dan lebih terinformasi.

5.13.2 Meningkatkan Transparansi

Komunikasi hasil analisis membuka pintu transparansi, memungkinkan pemangku kepentingan untuk melihat bagaimana data dikumpulkan, diolah dan apa implikasinya. Ini menciptakan kepercayaan dan dapat meningkatkan keterlibatan masyarakat.

5.13.3 Memfasilitasi Perubahan dan Perbaikan

Melalui komunikasi hasil analisis, organisasi atau tim dapat menyoroti area yang membutuhkan perubahan atau perbaikan. Pemahaman bersama tentang temuan analisis menciptakan landasan untuk merancang strategi perbaikan yang lebih efektif.

5.13.4 Mendukung Penyuluhan dan Pelatihan

Hasil analisis seringkali kompleks dan memerlukan interpretasi yang tepat. Komunikasi yang baik memungkinkan penyuluhan dan pelatihan yang efektif, memastikan bahwa pemangku kepentingan dapat memahami dan mengaplikasikan temuan analisis dengan benar.

Komponen komunikasi hasil analisis yang efektif:

1. Kesederhanaan dan Keterbacaan

Komunikasi hasil analisis harus disusun dengan bahasa yang mudah dipahami oleh audiens target, menghindari penggunaan terminologi teknis yang tidak dikenal membantu memastikan pesan disampaikan dengan jelas.

2. Penggunaan Visualisasi Data

Grafik, tabel dan visualisasi data lainnya memainkan peran penting dalam komunikasi hasil analisis. Mereka membantu menggambarkan temuan dengan cara yang mudah dimengerti dan merangsang minat pemangku kepentingan.

3. Pertimbangkan Audiens

Pesan yang disampaikan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan pemahaman audiens. Memahami tingkat pengetahuan, kepentingan dan kebutuhan audiens membantu dalam menyusun pesan yang efektif dan relevan.

4. Gunakan Berbagai Media

Media komunikasi yang berbeda, seperti presentasi lisan, laporan tertulis, atau infografis, dapat digunakan untuk mencapai audiens yang berbeda. Penggunaan media yang sesuai meningkatkan efektivitas komunikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, Ridwan. Aplikasi Penguat Layanan Kesehatan. Trans Info Media. Jakarta, 2021.
- Ascobat Gani, Cost Benefit Analisis Program KB Dalam Pembangunan Nasional, paper pada Simposium Menuju Gerakan Baru KB Nasional, BKKBN, Jakarta, 7 Maret 2000.
- Ayuningtyas, Dumilah. Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Praktik, Rajawali Press, Jakarta, 2014
- Hasbullah Tabrani, "Risiko Konversi Rumah Sakit Publik Menjadi Perusahaan", <http://www.kompas.com/kompascetak/15/opini//1817832.htm>, tanggal pencarian 18 April 2007.
- Idris, Hearawati. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Pustaka Panasea, Yogyakarta. 2018.
- Khan, A. *et al.* 2006. 'Constraining the composition and thermal state of the moon from an inversion of electromagnetic lunar day-side transfer functions', *Earth and Planetary Science Letters*, 248(3-4), pp. 579-598. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.epsl.2006.04.008>.
- Massie, R. 2009. 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis dan Penelitian', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), pp. 409-417.
- Meinitasari, E., Yuliasuti, F. and Santoso, S.B. 2021. 'Hubungan tingkat pengetahuan terhadap perilaku penggunaan antibiotik masyarakat Relationship between the level of public knowledge on the behavior of using antibiotics', 1(1), pp. 7-14.
- Rodríguez-García, D. 2010. 'Beyond assimilation and multiculturalism: A critical review of the debate on managing diversity', *Journal of International Migration and Integration*, 11(3), pp. 251-271. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12134-010-0140-x>.
- Subangkit, S. *et al.* 2016. 'Uji ELISA untuk Deteksi Japanese Encephalitis (JE) dari Kasus Ensefalitis di 5 Provinsi di Indonesia Tahun 2014', *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 26(3), pp. 157-162.

- Santoso, Agus, Prio, Aris. et. all. Administrasi kebijakan Rumah Sakit. Trans Info Media, Jakarta, 2021.
- Suhadi. Administrasi Pembangunan Kesehatan. Traninfo Media. Jakarta. 2015
- Walt, G. and Gilson, L. 1994. 'Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis.', *Health policy and planning*, 9(4), pp. 353–370. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>.

BAB 6

EKONOMI KESEHATAN

Oleh Emmelia Kristina Hutagaol

6.1 Konsep Ekonomi Kesehatan

Ilmu ekonomi kesehatan merupakan integrasi dari dua cabang ilmu yaitu: ilmu ekonomi dan ilmu kesehatan masyarakat. Melalui ekonomi kesehatan penerapan ilmu meliputi alokasi sumber daya (termasuk upaya kesehatan), jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan, pengorganisasian dan pembiayaan berbagai sumber daya serta dampak upaya pencegahan termasuk promosi kesehatan. (Idris, 2016)

Karakteristik dari pasar pelayanan kesehatan adalah:

1. *Uncertainty* atau ketidakpastian seperti diagnosis, treatment dan efektifitas
2. Informasi yang tidak seimbang seperti *consumer ignorant* dengan hanya memperhatikan rencana perawatan dari dokter terhadap seorang pasien.
3. *Principal agent problem* seperti adanya permintaan dan ketersediaan.

Supply dan demand dalam produksi pelayanan kesehatan dan produksi kesehatan dapat dilihat dari aktifitas fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan laboratorium medis.

6.1.1 Konsep Demand dalam Sektor Kesehatan (Fahmi, Saputra and Kesehatan Masyarakat, no date; Maya Ulva Silvia, 2013)

Demand adalah permintaan ataupun kebutuhan masyarakat dalam hal ini berkaitan dengan pelayanan sektor kesehatan. *Demand* kesehatan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang juga penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Beberapa faktor yang menentukan permintaan dalam bidang kesehatan:

1. Harga barang/jasa sektor kesehatan yang ditawarkan
2. Harga barang substitusi pengganti
3. Karakteristik kultural-demografi yang meliputi: umur,jenis kelamin, pendidikan dan pengetahua
4. Kejadian atau keparahan penyakit
5. Kualitas pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan
6. Faktor ekonomi yang meliputi: pendapatan, kepemilikan jaminan kesehatan misalnya adanya asuransi BPJS.

6.1.2 Konsep Supply dalam Sektor Kesehatan

Supply pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor produksi, *price of related goods produced, expected future prices*, jumlah supplier, teknologi dan *state of nature*. (Supply et al, 2022)

Menurut makalah Ilmu Ekonomi FKM Unair dalam (‘Modul Ekonomi Kesehatan Supply Pelayanan Kesehatan’, no date) faktor mempengaruhi supply terhadap pelayanan kesehatan adalah :

Tabel 6.1. Faktor yang mempengaruhi supply

Kategori	Pengertian	Contoh
Man	Sumber daya manusia kesehatan dan non kesehtan	Tenaga medis, paramedis dan non medis (administrasi, driver, dll)
Money	Biaya yang dikorbankan dalam menyediakan layanan kesehatan	biaya operasional, biaya investasi,dll
Material	Logistik yang dibutuhkan dalam menyediakan layanan kesehatan	Obat-obatan, alat suntik, dan alat kesehatan lainnya.
Methode	Buku panduan, SOP yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan	SPM (Standar Pelayanan Minimal), Prosedur tindakan medis, SOP penggunaan alat
Machine	Peralatan yang digunakan	Peratalatan

Kategori	Pengertian	Contoh
	pada fasilitas pelayanan kesehatan	laboratorium, peralatan peralatan penunjang seperti dental chair, sterilisator.
Teknologi	Tehnologi yang digunakan dalam pemberian layanan kesehatan	MRI, CT-scan, radiasi, kemoterapi, angioplasti.
Time	Waktu yang dipergunakan dalam pemberian layanan kesehatan	Jam praktek
Informasi	Informasi terkait media dengan pelayanan kesehatan	Internet, leaflet, brosur

Kendala yang dihadapi terkait dengan supply pelayanan kesehatan :

1. kerumitan produk dikarenakan pelayanan kesehatan merupakan gabungan keterlibatan barang dan jasa yang memiliki tujuan memperbaiki status kesehatan yang terkait satu dengan lain.
2. Kerumitan organisasi disebabkan karena baik organisasi komersial, sosial swasta, dan pemerintah bersama-sama ambil bagian upaya pemeliharaan kesehatan.
3. Masukan dari pasar khusus seperti keterlibatan dengan kompetensi SDM yang langka sehingga dikendalikan oleh para profesional itu sendiri.

6.1.3 Konsep Elastisitas dalam Sektor Kesehatan

Hukum elastisitas (Prediansya, 2020):“Apabila harga suatu barang naik maka jumlah barang yang di minta akan mengalami penurunan, jika harga suatu barang turun maka jumlah barang yang di minta akan mengalami kenaikan. Dalam hukum permintaan jumlah suatu barang yang di minta akan berbanding terbalik atau berbeda dengan tingkat harga suatu barang. Kenaikan harga suatu barang akan dapat mempengaruhi jumlah barang yang akan di minta”.

Elastisitas dalam sektor pelayanan kesehatan terjadi karena adanya supply dan demand. Jumlah permintaan terhadap pelayanan kesehatan akan naik saat harga turun seperti yang terjadi pada era BPJS dimana semakin banyak masyarakat yang berobat karena pembiayaan yang murah dibanding pembayaran secara *out of pocket*. Namun dalam pelayanan kesehatan ada hal yang tidak elastis seperti obat-obatan atau pelayanan darurat yang tidak akan berubah harga obat ataupun tarif tindakan kesehatan hanya karena pasien yang bertambah banyak.

Faktor-faktor yang mempengaruhi elastisitas permintaan sehingga adanya elastisitas permintaan besar ataupun kecil adalah : (Prediansya, 2020)

1. Ketertersediaan akan barang dan jasa Jika barang atau jasa tersedia dalam jumlah tertentu maka permintaan akan kebutuhan konsumen mempengaruhi jumlah barang dan jasa.
2. Perubahan pada pendapatan. Tingkat ekonomi masyarakat yang tinggi akan mempengaruhi kepedulian terhadap pemeliharaan kesehatan daripada masyarakat dengan ekonomi rendah dalam hal *medical check up* (MCU).
3. Tingginya minat konsumen. Ketika barang atau jasa banyak dibutuhkan oleh konsumen maka akan mempengaruhi banyaknya kebutuhan, seperti kebutuhan akan masker pada masa pandemic covid-19.
4. Permintaan terhadap suatu kebutuhan khusus Jika permintaan barang khusus tersebut menjadi prioritas utama bagi konsumen maka jika harganya turun maka permintaannya akan menjadi tinggi. Contohnya Ketika ada penawaran harga sarung tangan lebih murah dari biasanya maka permintaan meningkat.
5. Jangka waktu akan kebutuhan suatu barang dan jasa Suatu barang atau jasa memiliki jangka waktu yang terbatas pada pemakainnya atau penggunaanya, maka jika telah habis permintaan tidak ada lagi, contoh: penggunaan obat tertentu pada masa wabah, saat wabah penyakit itu hilang maka permintaan terhadap obat untuk mengobati wabah tersebut akan menurun.

6. Kebutuhan akan barang yang berkualitas tinggi. Jika konsumen menginginkan kebutuhan sesuai standart yang mereka inginkan misalnya kebutuhan akan barang mewah yang terbatas akan mempengaruhi permintaan tersebut.

6.2 Pasar Pelayanan Kesehatan

Pasar adalah tempat terjadinya transaksi penjualan dan pembelian, pasar bukan saja terpaku pada tempat namun termasuk institusi yang memiliki aktifitas transaksi jual beli. Pelayanan kesehatan dapat disebut pasar pelayanan kesehatan karena memiliki komponen : pembeli, penjual, ada barang/jasa yang diperjual belikan serta adanya alat tukar.

Pasar pelayanan kesehatan memiliki karakteristik:

1. *Itangible* yaitu tidak berwujud yang dapat dinilai oleh pancaindera seperti tidak ada rasa, tidak dapat dicium ataupun di dengar, namun pasar pelayanan kesehatan dapat dirasakan.
2. *Inseparable* artinya pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan antara pasien dan dokter namun merupakan satu kesatuan.
3. *Inventory* berarti tidak dapat disimpan untuk saat yang dibutuhkan. Kebutuhan pelayanan kesehatan tidak dapat di prediksikan waktunya secara mutlak.
4. Inkonsistensi berarti tidak ada kesamaan yang 100%, walaupun penyakitnya sama namun akan muncul dampak yang berbeda dari setiap penyakit pada setiap pasien.

6.3 Biaya Pelayanan Kesehatan

Merupakan jumlah dana yang harus disediakan agar terselenggara upaya kesehatan yang dilihat dari 2 sudut yaitu:

1. Penyedia Pelayanan kesehatan (*Health Povidrer*): biaya kesehatan besaran biaya yang harus ditanggung dengan pertimbangan Investasi (*investment cost*) dan biaya operasional (*operational cost*)
2. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health consumer*): biaya yang harus dikeluarkan untuk memanfaatkan jasa pelayanan.

Besaran dana bagi pengguna jasa layanan kesehatan merujuk pada jumlah uang yang dikeluarkan (*out of pocket*).

Macam-macam biaya kesehatan di bedakan menjadi 2 macam:

1. Biaya pelayanan kedokteran yaitu biaya yang dibutuhkan untuk mengobati dan pemulihan suatu penyakit.
2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat merupakan biaya menyelenggarakan/memanfaatkan pelayanan kesehatan kesehatan masyarakat dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit.

Faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan:

1. Tingkat inflasi contoh seperti kenaikan harga di masyarakat, lemahnya kemampuan dalam tata laksana sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources services*) sehingga menaikkan biaya operasional.
2. Tingkat permintaan yang dipengaruhi oleh jumlah penduduk dan kualitas penduduk.
3. Kemajuan ilmu dan teknologi, seperti penggunaan teknologi tinggi akan meningkatkan pembiayaan layanan kesehatan.
4. Perubahan Pola Penyakit misalnya penyakit akut yang menjadi kronis akan mempengaruhi pembiayaan dalam pengobatan lanjutan
5. Perubahan pola pelayanan di sebabkan adanya perkembangan keilmuan membuat bidang kedokteran seperti adanya spesialis dan subspesialis.
6. Perubahan Pola Hubungan Dokter dan Pasien, adanya tuntutan mutu pelayanan dari para penyedia layanan medis, karena pasien merasa sudah membayar mahal untuk biaya pemeriksaan dan konsultasi.
7. Perubahan yang diakibatkan lemahnya mekanisme pengendalian biaya obat-obatan dan alat kesehatan.
8. Penyalahgunaan asuransi kesehatan

Faktor-faktor yang menghambat individu menanggung pembiayaan layanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) bukan asuransi kesehatan adalah:

1. Kebutuhan pembiayaan tidak dapat diprediksikan, contohnya: kecelakaan, sakit yang tiba-tiba.
2. Biaya yang sangat mahal, seperti operasi khusus
3. Kategori orang miskin
4. Individu sakit dan tidak bisa bekerja

Sumber pembiayaan kesehatan negara:

1. Anggaran pemerintah
2. Anggaran Masyarakat
3. Bantuan dalam dan luar negeri
4. Gabungan masyarakat dan pemerintah

6.4 Tarif Pelayanan Kesehatan

(Suhanda, no date; Rimawati, 2004)

Tarif pelayanan kesehatan merupakan sejumlah uang yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan apakah dimiliki oleh pemerintah ataupun pihak swasta berdasarkan biaya yang keluar akibat pemberian dalam suatu pelayanan kesehatan. Tarif bagi penyedia fasilitas pelayanan kesehatan adalah hal yang penting sebagai *basic survival*

Tarif ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya atau *cost recovery*. *Cost recovery* (pemulihan biaya) adalah sejumlah nilai akibat pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah lebih rendah dibandingkan dengan kepemilikan swasta. Ada perbedaan pada tarif di fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah dan pihak swasta. Pemerintah sangat ketat dalam mengontrol tarif melalui Surat Keputusan Menkes atau Pemerintah Daerah.

Pada fasilitas pelayanan kesehatan ada yang dinamakan subsidi silang sehingga ditetapkanlah pembagian bangsal pada rawat inap di rumah sakit seperti kelas VIP, kelas I,II,III. Untuk tarif di kelas II keatas harus diatas *unit cost* agar dapat memberikan subsidi silang bagi bangsal kelas III.

Dalam menentukan tarif tidak saja bertujuan untuk meningkatkan pendapatan, *cost recovery*, peningkatan mutu pelayanan, ataupun subsidi silang, namun juga untuk menciptakan

cooporate image seperti strategi memberi citra sebagai rumah sakit elite ataupun kesan mewah.

Tehik penetapan tarif pada suatu perusahaan dilatar belakangi oleh informasi biaya produksi, kondisi pasar, keadaan persaingan seperti monopoli, oligopoli ataupun persaingan sempurna. Tehnik tersebut antara lain:

1. *Full cost pricing* adalah tarif yang ditentukan berdasarkan menghitung semua biaya yang telah dikeluarkan ditambahkan keuntungan yang ingin di dapatkan.
2. *Kontrak dan cost plus* adalah tarif yang ditentukan berdasarkan kontrak dengan perusahaan asuransi kesehatan pada besaran biaya yang akan dibayarkan untuk pelayanan kesehatan. Metode penghitungan tarif ini sering memberikan dilema pada
3. *Target rate of return pricing* merupakan tehnik menetapkan tarif berdasarkan biaya produksi ditambah keuntungan yang diinginkan atau ingin dicapai.
4. *Acceptance pricing* merupakan tarif yang ditentukan berdasarkan rumah sakit yang dianggap sebagai teladan.

Indonesia case base groups (INA-CBG'S)

1. *Indonesia case base groups (INA-CBG'S)* merupakan implementasi jaminan kesehatan nasional (JKN) yang mengatur pola pembayaran fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
2. INA CBGs merupakan kelanjutan dari aplikasi Indonesia *Diagnosis Related Groups (INA DRGs)*. Aplikasi INA CBGs

- menggantikan fungsi dari aplikasi INA DRG yang saat itu digunakan pada Tahun 2008.
3. Dalam persiapan penggunaan INA CBG dilakukan pembuatan *software entry* data dan migrasi data, serta membuat surat edaran mengenai implementasi INA-CBGs
 4. Besarnya tarif per -diagnosis dengan sistem INA-CBGs yang telah ditetapkan oleh pemerintah mengharuskan pengelola fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan efisiensi.
 5. Apabila dalam pelaksanaan pelayanan pasien terjadi adverse event sehingga terjadi perpanjangan rawat inap pasien namun tidak dapat ditanggung INA-CBGs maka beban pelayanan harus di tanggung oleh rumah sakit.
 6. Penghematan biaya pada pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi operasional yang harus dilakukan secara terencana agar tidak mengganggu kualitas pelayanan.
 7. Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia *Case Based Groups* (INA-CBGs).
 8. Tarif INA CBG dibagi menjadi empat regional terdiri dari regional 1 daerah Jawa dan Bali, regional 2 Sumatera, Regional 3 daerah Kalimantan, Sulawesi dan Nusa Tenggara Barat (NTB) dan regional 4 daerah Nusa Tenggara Timur (NTT), Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.
 9. Kemudian adanya penambahan pada 7 kelompok CBGs baru yang dibayarkan terpisah, yaitu kasus kronik, kasus sub kronik, prosedur mahal, obat mahal, pemeriksaan mahal dan prosthesis/implant yang mahal. Tentunya setiap periode tertentu dilakukan perubahan dari segi metodologinya dan akan melibatkan banyak pihak. Nantinya juga tarif akan digunakan untuk kelas III, II, dan I.
 10. Sistem Casemix INA CBGs merupakan suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. *Case Base Groups* (CBGs), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau

kasus-kasus yang relatif sama. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis.

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk dapat melakukan menghematan biaya pelayanan kesehatan yaitu:

1. Mengatur ulang menu diet pasien
2. Melaksanakan pemilahan limbah
3. Meningkatkan utilisasi fasilitas dan ruang
4. Melakukan audit keuangan secara periodik
5. Melakukan audit dari setiap klaim yang terajukan
6. Memiliki indicator dalam membuat keputusan keuangan
7. Membuat standar terhadap fungsi operasi dan sentralisasi pendukung
8. Memberikan penghargaan dan ide-ide kreatif dalam efisiensi produksi

6.5 Analisis Biaya Pada Pelayanan Kesehatan

Analisis Biaya merupakan tindakan yang dilakukan untuk melihat akibat ekonomi yang terjadi dalam menjalankan aktifitas program atau mengimplementasikan keputusan. Analisis biaya merupakan bagian dari penilaian ekonomi atau evaluasi ekonomi. Selain analisis biaya ada yang dinamakan analisis efektifitas biaya, analisis utilitas biaya, analisis biaya manfaat. (Rusd and Blora, 2017) Ada 5 elemen biaya dalam pelayanan kesehatan:

1. Biaya yang dikeluarkan akibat pengobatan dari suatu penyakit seperti: produksi obat, distribusi obat, proses manajemen dan monitoring.
2. Biaya yang dikeluarkan untuk mengobati efek samping akibat pengobatan yang dilakukan
3. Biaya yang disimpan atau di hemat bila terhindar dari sakit.
4. Biaya yang dikeluarkan untuk proses diagnosa termasuk rekomendasi farmasi
5. Biaya yang dapat di simpan karena perpanjangan umur seseorang. Misalkan dengan adanya pasien masih hidup pasien bisa bekerja, atau bila pasien meninggal jumlah kerugian ekonomi yang dihadapi oleh keluarganya disebut

years of lived saved yang dalam perhitungan muncullah istilah *quality adjusted life years* (QALYs)

Latar belakang melakukan analisis biaya memiliki berbagai alasan, antara lain:

1. Alasan Analisis Biaya Dibutuhkan yaitu:
 - a. Untuk penyusunan anggaran atau perencanaan di masa mendatang. Hal ini dilakukan biasanya pada level organisasi rumah sakit atau per bagian seperti rencana anggaran pelayann rawat inap.
 - b. Untuk menentukan jasa tertentu seperti tarif pelayanan.
2. Identifikasi Sudut Pandang Analisis Biaya, dengan melakukan identifikasi sudut pandang seperti mempertimbangkan besaran biaya jasa yang akan ditagihkan. Untuk menentukan tarif rumah sakit kita melihat dari sudut pandang biaya habis pakai, jasa dokter, namun memperhatikan daya beli masyarakat sekitar. Sasaran pemanfaatan layanan kesehatan mempengaruhi tarif yang diberlakukan.
3. Hubungan Analisis Biaya Dengan Keragaman Program denan membuat anggaran untuk analisis program. Hal ini dilakukan pula untuk mencegah adanya program atau pembiayaan yang tumpang tindih.
4. Menentuka Periode Analisis dengan menentukan golongan perhitungan berdasarkan pada jangka waktu biaya yang di analisa jangka panjang atau pendek misalkan apakah per minggu, per bulan, per tahun, atau sekali saja.

Langkah-langkah melakukan analisis biaya:

1. Melakukan kaji ulang laporan analisis biaya sebelumnya
2. Membuat daftar semua biaya langsung termasuk biaya *overhead* atau biaya selain biaya pokok dari program yang akan dievaluasi
3. Membuat biaya tidak langsung dari program yang akan di evaluasi

4. Kumpulkan laporan dan informasi keuangan sehingga estimasi dan justifikasi biaya tepat dan aktual seperti harga bahan dasar dipasaran, biaya pengiriman.
5. Menghitung jumlah biaya keseluruhan dari program termasuk penyusutan asset

Penyusutan aset termasuk aset modal organisasi, perabotan/peralatan dalam penerapan program atau jasa yang dianalisa.

1. Mengalokasikan biaya tidak langsung pada program yang dianalisa. Contohnya adalah kita akan melakukan analisa terhadap program rawat jalan secara keseluruhan yang berarti di tanggungjawab oleh direktur (sebutan ini tergantung dari struktru organisasi RS tersebut) pelayanan medis dengan perwakilan 2 dari 10 penanggungjawab, maka kita harus mengalokasikan gaji Direktur Pelayanan Medis 20 % gaji direktur pelayanan medis harus dianalisa.
2. Membuat kesimpulan terhadap temuan analisis biaya dihubungkan dengan tujuan dari analisis biaya tersebut, dan menentukan tindakan yang diambil terkait biaya program tersebut.
3. Teknik dalam menilai analisis biaya disebut analisis biaya/keuntungan (*cost benefit analysis*)

Ada 2 komponen dalam melakukan analisis biaya

1. Komponen biaya
2. Komponen efektifitas dari biaya tersebut.

Dalam mengembangkan sistem informasi maka ada biaya yang terkait erat yaitu:

1. Biaya pengadaan (*procurement cost*) antara lain:
 - a. Biaya konsultasi
 - b. Biaya pembelian/sewa alat perangkat keras
 - c. Biaya Instalasi alat
 - d. Biaya Ruang
 - e. Biaya moBiaya terkait manajemen dan staf untuk pengadaan alat keras

2. Biaya persiapan operasi atau pelaksanaan
 - a. Biaya pembelian perangkat lunak
 - b. Biaya instalasi komunikasi
 - c. Biaya persiapan personil
 - d. Biaya reorganisasi
 - e. Biaya manajemen staf dalam kegiatan persiapan produksi/operasi
3. Biaya proyek (*project-related cost*)
 - a. Biaya analisis sistem antara lain biaya dokumentasi, biaya rapat, biaya staf
 - b. Biaya tahap design sistem antara lain biaya rapat, biaya programmer, biaya staf analisis, dll
 - c. Biaya penerapan sistem antara lain biaya konversi data, biaya latihan personil
4. Biaya operasi atau pelaksanaan (*ongoing cost*) dan biaya perawatan (*maintenance cost*) antara lain: biaya perawatan, biaya personil dan biaya overhead seperti (pemakaian listrik) dan depresiasi alat

Ada empat jenis evaluasi ekonomi yaitu: (Arimbawa, Satria Dewi and Irmawati, 2019).

1. *Cost Minimization Analysis (CMA)*
Cost minimization analysis (CMA) merupakan metode evaluasi farmakoeкономи paling sederhana. CMA dapat digunakan untuk membandingkan dua atau lebih intervensi kesehatan (obat) yang memberikan hasil yang sama, dan dibandingkan satu sisi berupa biaya. (Akbar, Ardana and Kuncoro, 2018)
2. *Cost Effectives Analysis (CEA)*
 CEA digunakan untuk mengukur efisiensi dari macam-macam program dengan tujuan sama. Keuntungan CEA dibandingkan CUA dan CBA adalah perhitungan unsur biaya lebih sederhana dan cukup peka sebagai alat untuk pengambil Keputusan, namun hasil luarannya tidak dapat memperhitungkan efek dari program. Contoh penggunaan CEA seperti: mengukur efektifitas langsung intervensi penurunan mmHg, penurunan tekanan darah, jumlah kasus

yang sembuh dan deteksi dini penyakit dan lain sebagainya yang dapat juga digunakan untuk menentukan prioritas program.

3. *Cost Benefit Analysis* (CBA)

Evaluasi ini mengukur efektifitas pelayanan dengan nilai nominal. analisis ini dilakukan dengan mempergunakan teori, data dan model untuk menguji produk dan harga yang dikeluarkan sehingga dapat menilai relevansi dan alternatif Solusi. Dalam menilai komponen biaya (*cost*) harus diperhatikan biaya tahap persiapan, modal,operasonal dan biaya pemeliharaan. Untuk analisis *benefit* atau manfaat dapat dibagi menjadi 3 komponen yaitu manfaat langsung, manfaat tidak langsung, dan mafaat terkait

4. *Cost Utility Analysis* (CUA) (Choirunnisa, Hidayati and Prihatsanti, 2012)

CUA hampir sama dengan *Cost Effectiveness Analysis* tetapi luaran yang dihasilkan adalah status kesehatan seseorang. Hasil akhir biasanya dengan nilai *Quality adjusted life year* (QALY's) atau harapan hidup yang akan menjadi dasar pengambilan keputusan ataupun analisis tentang efektifitas biaya. CUA pada intervensi kesehatan dan pengukuran derajat penyakit menggunakan skala 0 -1 yang skala tersebut dihitung dari beratnya hidup yang dihitung menggunakan QALYs dan DALYs (*Disability AdjustedLife Years*).

6.6 Asuransi Kesehatan

(Ajar and Heryana, no date; Setiawati, no date; 'Undang-undang No.24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial', 2011)

Asuransi kesehatan adalah suatu instrumen sosial yang berupaya memenuhi pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan ekonomi saat datangnya kebutuhan layanan kesehatan. Asuransi kesehatan merupakan bagian dari asuransi jiwa dengan memberikan santunan kerugian finansial ketika seseorang mengalami penyakit ataupun kecelakaan.

Faktor yang mempengaruhi risiko kesehatan :

1. Faktor usia
2. Faktor pekerjaan
3. Faktor manusia
4. Faktor alam

6.6.1 Asuransi Kesehatan Non Pemerintah

Pengelolaan penyelenggara asuransi kesehatan pihak pemerintah (swasta) akan mengambil alih pembiayaan seluruhnya/sebagian dari biaya pelayanan kesehatan apabila terjadi faktor resiko pada tertanggung sesuai dengan yang tertulis pada polis asuransi (sesuai perjanjian/kalusul yang telah disepakati).

Cara pembayaran oleh tertanggung ada beberapa cara:

1. Menggunakan kartu yang telah disediakan oleh *provider* (penyedia layanan atau pihak perusahaan asuransi) pada suatu rumah sakit yang bekerja sama.
2. *Reimbursement* yaitu pihak tertanggung membayar dahulu dan selanjutnya akan melakukan klaim pada pihak provider dengan penggantian sesuai dengan klausul pada kesepakatan pengembalian biaya sebesar 100%, 80% atau 75%. Ada pula klausul yang memberikan batas limit besaran klaim dalam setahun, apabila sudah mencapai batas maksimal maka tertanggung akan membayarkan sisa pembayarannya.
3. Premi asuransi yang dibayarkan tertanggung pada *provider* dapat diperbaharui dengan durasi setiap tahun atau tidak diperbaharui. Premi yang dibayarkan dipengaruhi oleh usia dan kondisi tertanggung. Semakin tinggi usia tertanggung dan banyaknya faktor resiko yang dihadapi oleh tertanggung akan meningkatkan biaya asuransi.

6.6.2 Asuransi Kesehatan Pemerintah

Menurut Undang-undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjamin terselenggaranya adanya jaminan dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas bagi seluruh rakyat Indonesia baik dalam bidang pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kebutuhan dasar kesehatan. Untuk menjamin

adanya prinsip asuransi sosial dan ekuitas tersebut maka ditetapkanlah Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sehingga tujuan pembiayaan berbasis asuransi kesehatan sosial dapat tercapai.

Kepesertaan BPJS dibedakan menjadi dua kelompok yaitu :

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) meliputi golongan fakir miskin sehingga beban iuran ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah.
2. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) merupakan peserta non fakir miskin/tidak mampu sehingga golongan ini berkewajiban membayar iuran bulanan sesuai dengan yang telah ditetapkan. Untuk kepesertaan ini dibagi menjadi 3 golongan yaitu :
 - a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
 - b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya baik pekerja di luar hubungan kerja maupun pekerja mandiri
 - c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajar, B. and Heryana, A. (no date) *Asuransi Kesehatan & Managed Care*.
- Akbar, M., Ardana, M. and Kuncoro, H. (2018) 'Analisis Minimalisasi Biaya (Cost Minimization Analysis) Pasien Gastritis Rawat Inap di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Arimbawa, P.E., Satria Dewi, D.A.P. and Irmawati, N.W. (2019) 'Cost Minimization Analysis (Cma) Penggunaan Amoksilin Dan Cefadroxil Terhadap Dana Kapitasi Untuk Ispa Pada Balita', *Media Farmasi*, 15(2), p. 151. Available at: <https://doi.org/10.32382/mf.v15i2.1132>.
- Choirunnisa, E., Hidayati, F. and Prihatsanti, U. (2012) 'Hubungan Antara Adversity Intelligence Dengan Health-Related Quality of Life Pada Mahasiswa S1 Angkatan 2010 Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang', *Empati*, 1(1), pp. 1–12.
- Fahmi, Y., Saputra, I. and Kesehatan Masyarakat, M. (no date) 'Demand Toward Polyclinic Services Of Type II Iskandar Muda Hospital Banda Aceh', *Idea Nursing Journal*, XII(2), p. 2021.
- Idris, H. (2016) 'Equity Of Accesss To Health Care: Theory & Aplication In Research', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(2), pp. 73–80. Available at: <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.2.73-80>.
- Maya Ulva Silvia (2013) *Analisis Demand Masyarakat Terhadap Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Pasti Kabupaten Jember*.
- 'Modul Ekonomi Kesehatan Supply Pelayanan Kesehatan' (no date) in. Universitas Esa Unggul.
- Prediansya, M. (2020) 'Elastisitas Permintaan Pengaruh Perubahan Harga Permintaan Terhadap Kebutuhan Handsanitizer Akibat Terjadinya Covid-19', *Elastisitas Permintaan Pengaruh*

- Perubahan Harga Permintaan Terhadap Kebutuhan Handsanitizer Akibat Terjadinya Covid-19* [Preprint].
- Rimawati, E. (2004) 'Modul Ekonomi Kesehatan Prodi Sarjana Kesemas FKM Udinus', pp. 1–10.
- Rsud, D.I. and Blora, R.S. (2017) 'Analisis Proses Perencanaan Dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat Di Rsud Dr. R. Soetijono Blora', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), pp. 137–144.
- Setiawati, E.P. (no date) *Evaluasi Ekonomi pada Pelayanan Kesehatan*. Jawa Baraat.
- Suhanda, R. (no date) *Jaminan Kesehatan Dan Managed Care*.
- Supply, E.T. et al. (2022) 'Ekonomi Tentang Supplay Dan Deman Sumber Daya Pelayanan Kesehatan Dan Dampaknya Bagi Masyarakat', *Surplus:Jurnal Ekonomi Dan Bisnis*, 1(1), pp. 104–113.
- 'Undang-undang No.24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial' (2011), 13(128), p. 234.

BAB 7

EVALUASI KEBIJAKAN

Oleh Afwan Syarif

7.1 Pengertian Evaluasi Kebijakan

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

Menurut Stewart dan Lester (Winarno, 2008:166) evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda, tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap implementasi kebijakannya maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu, sehingga menentukan langkah yang dapat diambil di masa yang akan datang.

Evaluasi memiliki beberapa fungsi utama dalam analisis kebijakan. *Pertama* dan yang paling penting, evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kriteria kebijakan yaitu, seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan yang telah dapat dicapai melalui Tindakan public. Dalam hal ini, evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan dan target telah dicapai. *Kedua*, evaluasi memberikan sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan target. Nilai juga dikritik dengan menanyakan secara sistematis kepantasan tujuan dan target dalam hubungan dengan masalah

yang dituju. Ketiga, evaluasi memberi sumbangan pada palikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. Informasi tentang tidak memadainya kinerja kebijakan dapat memberi sumbangan pada perumusan ulang masalah kebijakan. Evaluasi dapat juga menyumbang pada definisi kebijakan yang baru atau revisi kebijakan dengan menunjukkan bahwa alternatif kebijakan yang diunggulkan sebelumnya perlu di hapus dan diganti dengan yang lain (Bardach, E., 2008).

Evaluasi mempunyai dua aspek yang saling berhubungan; penggunaan berbagai macam metode untuk memantay hasil kebijakan public, program, dan aplikasi serangkaian nilai untuk menentukan kegunaan hasil ini terhadap beberapa orang, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan. Perhatikan bahwa aspek yang saling berhubungan ini menunjukkan kehadiran fakta dan premis-premis nilai di dalam setiap tuntutan evaluatif. Sehingga dibutuhkan suatu pendekata untuk “penelitian evaluasi” atau “evauasi kebijakan “ (Bardach, E., 2008)

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

7.2 Pengertian Kebijakan

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

Kebijakan juga adalah rencana, kebijakan itu sebagai pernyataan atau pemahaman atau pengertian yang mengarahkan

pikiran dalam membuat keputusan. Tidak semua kebijakan merupakan pernyataan, tetapi sering diimplikasikan dari Tindakan manajer.

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

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

7.3 Kebijakan Kesehatan

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

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

7.4 Dimensi Evaluasi Kebijakan Kesehatan

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

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

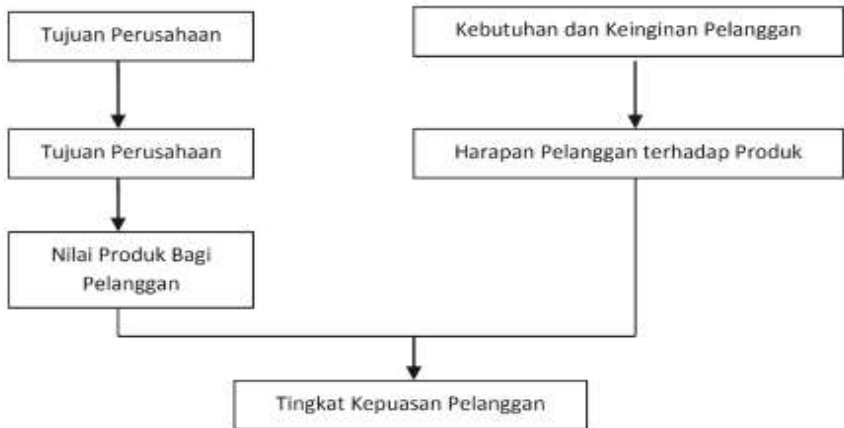
1. Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat.
2. Kebijakan mungkin mempunyai dampak pada keadaan-keadaan atau kelompok-kelompok di luar sasaran atau tujuan kebijakan.
3. Kebijakan mungkin akan mempunyai dampak pada keadaan-keadaan sekarang dan yang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

Evaluasi kebijakan secara sederhana menurut William Dunn dalam Agustino (2008:187), berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai-nilai atau manfaat-manfaat kebijakan hasil kebijakan. Ketika ia bernilai bermanfaat bagi penilaian atas penyelesaian masalah, maka hasil tersebut memberi sumbangan pada tujuan dan sasaran bagi evaluator, secara khusus, dan pengguna lainnya secara umum. Hal ini dikatakan bermanfaat apabila fungsi evaluasi kebijakan memang terpenuhi dengan baik. Salah satu fungsi evaluasi kebijakan adalah harus memberi informasi yang valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan.

7.5 Analisis Kualitas Layanan Kesehatan

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

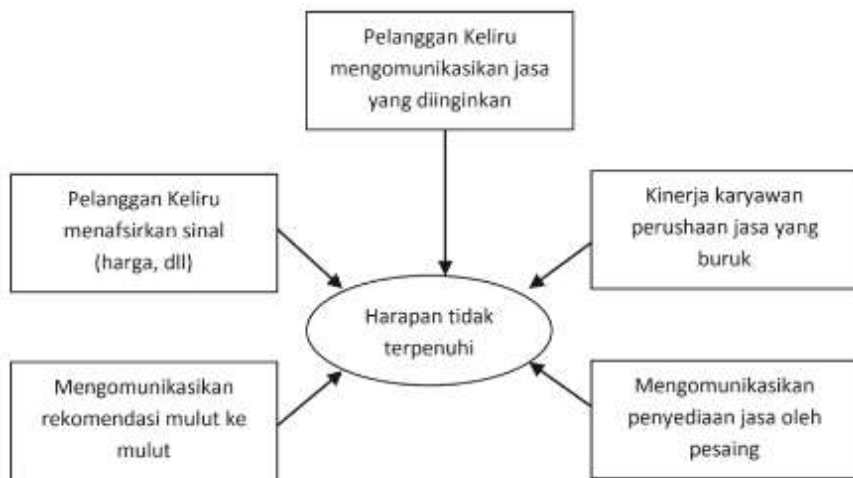
Oliver (dalam Koentjoro, 2007: 10) menyatakan bahwa kepuasan merupakan respons pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Berikut ini adalah Gambar 7.1 Konsep kepuasan pelanggan.



Gambar 7.1. Konsep Kepuasan Pelanggan

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

Dalam usaha memberikan pelayanan kepada pelanggan, pihak penyedia jasa tidak selamanya mampu memenuhi harapan pelanggan, karena penyebab utama tidak terpenuhinya harapan pelanggan dan hal ini sebagaimana divisualkan melalui Gambar 7.2 berikut.



Gambar 7.2. Penyebab Utama Tidak Terpenuhinya Harapan Pelanggan

7.6 Konsep Evaluasi Kebijakan

Jangan publikasikan kebijakan tanpa mengevaluasinya. Evaluasi kebijakan dilakukan untuk menilai efektivitas kebijakan sebagai bahan akuntabilitas publik untuk meraih tujuan yang telah ditentukan. Penilaian diperlukan untuk memahami kesejangan (gao) antara kenyataan dan harapan.

Evaluasi kebijakan adalah salah satu tahapan penting dalam proses kebijakan. Pada dasarnya evaluasi kebijakan mempelajari konsekuensi dari kebijakan. Evaluasi kebijakan dibuat demi mencapai tujuan tertentu yang berbeda dengan pertanyaan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan karena tidak semua pilihan kebijakan akan memiliki efek yang diinginkan. Oleh karena itu, evaluasi kebijakan bertujuan untuk mempelajari sebab-sebab kegagalan kebijakan, atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang dilaksanakan telah mencapai hasil yang diharapkan. Singkatnya, evaluasi adalah kegiatan yang ditujukan untuk menilai “manfaat” dari suatu kebijakan.

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai suatu kegiatan yang melibatkan penilaian atau penilaian terhadap suatu kebijakan, baik substansu, implementasu maupun dampaknya. Dalam konteks ini, evaluasi kebijakan dianggap sebagai

aktivitas fungsional. Artinya evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, tetapi sepanjang proses kebijakan. Oleh karena itu, evaluasi kebijakan dapat meliputi tahapan perumusan masalah kebijakan, usulan solusi atas masalah kebijakan, dan implementasi serta dampak kebijakan.

Salah satu bidang penting untuk memantau proses implementasi adalah monitoring. Dalam proses monitoring, tingkat efisiensi dan efektivitas dinilai melalui pengamatan langsung di tempat dan hasil sementara, semua biaya yang dikeluarkan selama pelaksanaan dibandingkan dengan hasil sementara, dan efektivitas selalu dikaitkan dengan apakah hasil sementara yang diperoleh merupakan hasil yang memang dirancang atau tidak.

Evaluasi kebijakan adalah kegiatan yang melibatkan penilaian atau evaluasi suatu kebijakan, termasuk substansi, implementasi dan dampaknya. Evaluasi kebijakan dianggap sebagai kegiatan fungsional. Artinya evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, tetapi sepanjang proses kebijakan. Istilah evaluasi memiliki arti yang berkaitan. Merujuk pada hasil penerapan berbagai skala nilai pada kebijakan dan program. Evaluasi meliputi kesimpulan + klarifikasi + kritik + penyesuaian dan kembalinya rumusan masalah. Evaluasi kebijakan adalah kegiatan menilai atau mengevaluasi keberhasilan implementasi kebijakan. Oleh karena itu, evaluasi adalah kegiatan memberi nilai pada "fenomena", yang meliputi penilaian nilai tertentu.

Evaluasi administrasi terbatas pada penilaian efisiensi pemerintahan dalam memberikan pelayanan, dan evaluasi administrasi adalah untuk menentukan apakah penggunaan dana pemerintah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Bentuk evaluasi administrasi, dan lainnya: *effort, evaluation, performance evaluation, effectiveness evaluation, process evaluation, judicial evaluation, dan political evaluation*.

1. *Effort evaluation* adalah besarnya upaya program/kegiatan yang mengukur pencapaian suatu tujuan. Input berupa personel, ruang kantor, komunikasi, transportasi, dan lain-lain dihitung sesuai dengan biaya pennggunaan.
2. *Performance evaluation* adalah mengkaji output program/kebijakan.

3. *Effectiveness evaluation*: mengevaluasi apakah program telah dilaksanakan, kemudian membandingkan kesesuaian pelaksanaan program dengan tujuan kebijakan.
4. *Process evaluation* adalah untuk memeriksa peraturan dan prosedur operasional yang digunakan dalam penyampaian program.
5. *Judicial evaluation*, hal ini untuk meninjau apakah kebijakan yang dirumuskan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dan apakah melanggar hak asasi manusia dan hak individu.
6. *Political evaluation* merupakan penilaian politik yang termasuk dalam proses kebijakan dan hanya terjadi pada waktu-waktu tertentu, seperti Pemilu.

Evaluasi kebijakan adalah proses menilai sejauh mana suatu kebijakan dapat membuahkan hasil, yaitu dengan membandingkan hasil yang diperoleh dengan sasaran dan/atau tujuan kebijakan public yang telah diidentifikasi. Namun demikian, evaluasi kebijakan public hendaknya tidak hanya melihat hasil (*outcome*) atau dampak (*impacts*), tetapi juga bagaimana proses implementasi kebijakan tersebut dilakukan. Dengan kata lain, evaluasi juga dapat digunakan untuk melihat apakah proses implementasi kebijakan sudah sesuai dengan petunjuk teknis/pelaksanaan (*guide lines*) yang telah ditetapkan.

Oleh karena itu, evaluasi kebijakan dibagi menjadi 2 (dua) jenis. Pertama, jenis evaluasi *outcome* (hasil implementasi kebijakan publik) adalah penelitian berdasarkan tujuan kebijakan kedua, tipe evaluasi proses (proses implementasi kebijakan publik) adalah kajian berdasarkan petunjuk pelaksanaan dan catatan teknis. Ukuran keberhasilan implementasi kebijakan adalah keterterapan proses implementasi kebijakan terhadap pedoman yang telah ditetapkan. Evaluasi kebijakan dapat dilakukan pada tahap pemantauan, pelaksanaan, pengawasan dan pertanggungjawaban.

Tujuan pemantauan evaluasi kinerja adalah untuk memahami perkembangan implementasi kebijakan dalam momentum tertentu atau dalam kurun waktu tertentu sedini mungkin, sehingga dapat ditemukan area perbaikan dan kebijakan

itu sendiri dari sistem dan proses implementasinya, sehingga perumusan kebijakan dapat lebih akurat dan implementasi kebijakan dapat lebih baik, operasional dan realisasi tujuan kebijakan lebih optimal. Selain itu, evaluasi kinerja dalam pemantauan tersebut juga dapat mengidentifikasi kelemahan dan penyimpangan kebijakan dalam sistem dan proses penegakan kebijakan, serta rekomendasi untuk memperbaiki pelanggaran penegakan atau kebijakan itu sendiri. Evaluasi kinerja regulasi harus dapat secara objektif mencerminkan momentum implementasi kebijakan atau tingkatan realisasinya dalam kurun waktu tertentu, serta kesalahan atau penyimpangan dalam proses implementasi kebijakan, dan membuat saran tindak lanjut dengan melakukan penyesuaian terhadap hasil investigasi pengawasan. Evaluasi kinerja pada tahap pertanggungjawaban harus dapat menganalisis secara objektif kemajuan pelaksanaan, perubahan atau penyesuaian dan alasan, serta mengevaluasi tingkat realisasi kinerja dalam kurun waktu tertentu.

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan kepada konstituentnya. Evaluasi menilai sejauh mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejauh mana kesenjangan antara harapan dengan kenyataan. Dalam Winarno (2008), Anderson menjelaskan bahwa umumnya evaluasi kebijakan bisa disebut sebagai aktivitas yang berkaitan dengan perkiraan atau penilaian kebijakan yang meliputi aspek substansi, aspek implementasi, serta akibat dari adanya suatu kebijakan.

Sebagaimana dikutip dari Agustino (2017), menurut Laster & Stewart (2000) evaluasi kebijakan berupaya menilai akibat-akibat yang dihasilkan suatu kebijakan melalui dampak-dampaknya dan memberikan penilaian apakah kebijakan tersebut berhasil atau tidak berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ditentukan. Setidaknya ada tiga aspek penting dalam melakukan evaluasi kebijakan. **Pertama**, evaluasi kebijakan berupaya menghadirkan informasi tentang kinerja kebijakan yang valid. Dalam konteks ini, fungsi evaluasi adalah untuk menilai cara pelaksanaan (*instrument*) kebijakan dan menilai *output* dari penerapannya. **Kedua**, evaluasi berupaya menilai kelayakan tujuan atau target dalam menghadapi

suatu permasalahan. Adapun focus evaluasi kebijakan dalam fungsi ini tertuju pada substansi dari kebijakan publik yang ada. Dasar asumsi yang dipegang yaitu kebijakan publik diciptakan sebagai upaya memecahkan permasalahan yang dihadapi masyarakat. Evaluasi yang dilakukan harus mampu menilai kemampuan suatu tujuan kebijakan dalam memecahkan permasalahan di masyarakat. Sebab dalam praktiknya, sering kali tercapainya suatu tujuan kebijakab tidak berarti bahwa permasalahan publik berhasil dipecahkan. Ketiga, evaluasi kebijakan pun berupaya berkontribusi pada kebijakan lainnya, khususnya dalam hal metodologi. Hal ini berarti bahwa evaluasi kebijakan bertujuan untuk memberikan rekomendasi dari hasil penilaian evaluasi kebijakan. Hasil-hasil tersebut nantinya akan menjadi materi belajar untuk pelaku kebijakan lainnya. Atas alas an tersebutlah banyak ilmuwan menganggap bahwa fungsi kebijakan yang satu ini memiliki sifat yang lebih produktif, sebab tidak berfokus pada kritik akan kekurangannya saja. Sebaliknya, ia lebih berfokus pada perumusan pembelajaran sebagai upaya untuk mencegah terulangnya kelemahan atau kekurangan yang sama pada waktu dan tempat yang lain dimasa depan.

Merujuk pada uraian di atas, maka evaluasi kebijakan juga bisa diawali oleh beberapa pertanyaan penting seperti: a) Apakah kebijakan atau program memberikan dampak pada subjek kebijakan? b) siapa yang membiayai kebijakan kebijakan tersebut (pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta, bantuan asing, individu)? C) Siapa kelompok masyarakat manakah yang akan menerima keuntungan dari kebijakan tersebut? Dan d) Adakah duplikasi kebijakan atau program yang tengah dijalankan dengan kebijakan atau program lainnya?

Menurut Jones (1975), evaluasi kebijakan harus mencakup sejumlah kegiatan, antara lain pengkhususan (*specification*), pengukuran (*measurement*), analisis, dan rekomendasi. Pengkhususan (*specification*) adalah yang paling penting di antara kegiatan lainnya karena mencakup pengidentifikasian tujuan atau kriteria melalui mana program tersebut akan dievaluasi. Ukuran-ukuran kriteria ini juga akan digunakan dalam proses penilaian manfaat program. Selanjutnya, kegiatan pengukuran (*measurement*)

yang berkaitan dengan aktivitas mengumpulkan data-data yang bersangkutan paut dengan objek yang dievaluasi. Sementara kegiatan analisis mencakup penggunaan data-data yang sudah dikumpulkan guna menyusun kesimpulan. Terakhir adalah memberikan rekomendasi terkait hal-hal harus diperbaiki ke depannya.

Jenis Evaluasi

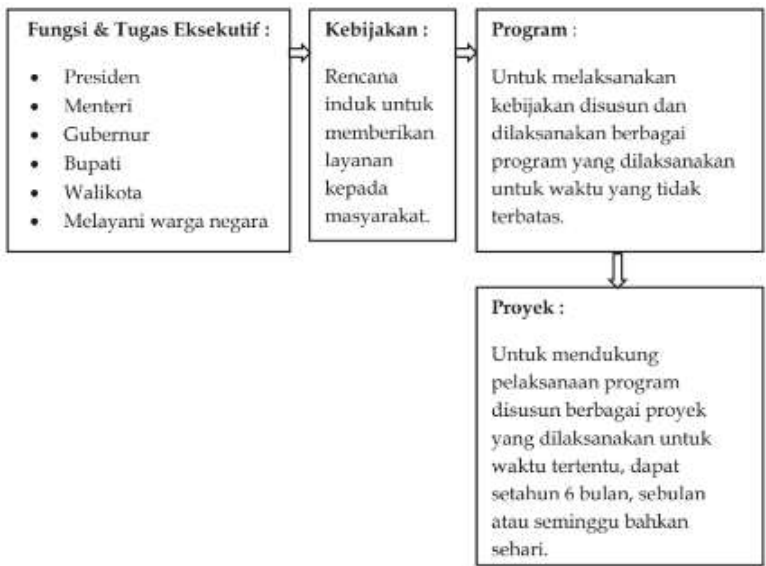
1. Menurut Objeknya

Evaluasi kebijakan dapat dikelompokkan berdasarkan objeknya dan menurut focus dalam suatu program. Menurut objeknya evaluasi dapat dikelompokkan menjadi evaluasi kebijakan, evaluasi program, evaluasi proyek, evaluasi material, dan evaluasi sumber daya manusia.

a. Evaluasi kebijakan

Pemerintah Indonesia melakukan intervensi social (*social intervention*) dalam bentuk kebijakan, program dan proyek.

Dengan gambar di bawah ini



Gambar 7.3. Kebijakan, Program, dan Proyek

Kebijakan adalah rencana induk yang disusun oleh pemerintah dalam melayani kebutuhan anggota masyarakat. Kebijakan operasional dalam bentuk Undang-Undang Dasar, undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, dan peraturan Menteri. Misalnya untuk memajukan kesejahteraan umum pemerintah Indonesia menyusun kebijakan kesejahteraan sosial dalam bentuk Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial. Kebijakan ini berupaya untuk menciptakan kesejahteraan sosial, yaitu kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga.

7.7 Ruang Lingkup Evaluasi Kebijakan

Kajian analisis kebijakan dikembangkan jauh sebelum munculnya minat terhadap riset implementasi, bahkan kajian analisis kebijakan lahir terlebih dahulu. Jika dianalogikan penelitian analisis kebijakan adalah induknya, maka tinjauan implementasi adalah anak bungsu yang lahir setelah tinjauan analisis (walaupun dalam urutan siklus kebijakan, tanpa implementasi, tidak ada tinjauan analisis sebagai penilaian). Jadi apa bedanya, hanya treknya atau fokusnya? Untuk menjawab pertanyaan tersebut, terlebih dahulu kita melihat ruang lingkup penelitian evaluasi kebijakan/analisis kebijakan publik sebagai induk penelitian implementasi dan penelitian evaluasi.

Analisis kebijakan publik adalah analisis multi metode, multidisiplin, berpusat pada masalah yang berkaitan dengan pemetaan masalah kebijakan, pilihan kebijakan, dan hasil kebijakan dalam konteks, dengan tujuan mengintegrasikan pengetahuan ke dalam keseluruhan disiplin analisis pilihan publik dan pengambilan keputusan. Ruang lingkup analisis kebijakan publik lebih menitikberatkan pada persoalan proses pembuatan kebijakan, yaitu berbagai tahapan mulai dari pendefinisian masalah, agenda *setting*, perumusan kebijakan hingga legitimasi kebijakan.

Hal ini yang perlu digarisbawahi adalah terdapat 2 (dua) kategori besar analisis dalam penelitian kebijakan publik, yaitu:

1. Analisis proses kebijakan, artinya proses menganalisis bagaimana mendefinisikan kebijakan, mulai dari

pendefinisian masalah, hingga implementasi dan evaluasi, disebut analisis kebijakan (*analysis of policy*).

2. Analisis dalam dan untuk proses kebijakan, yaitu penelitian yang menggunakan Teknik analisis, penelitian dan advokasi untuk mendefinisikan suatu masalah dan implementasinya, yang dikenal dengan analisis kebijakan (*analysis for policy*).

Tujuan analisis jenis pertama adalah untuk mendeskripsikan dan menjelaskan proses kebijakan, sedangkan tujuan analisis jenis kedua adalah untuk memberikan penilaian analitis terhadap proses kebijakan (dan, jika mungkin, bersifat preskriptif bagi kasus yang diteliti).

Dari uraian di atas, analisis implementasi dan analisis evaluasi hanya merupakan bagian dari analisis kebijakan, tetapi tahap proses dan kedalaman analisisnya berbeda. Namun demikian, analisis kebijakan yang dipahami secara umum lebih menitikberatkan pada proses perumusan kebijakan, sedangkan analisis implementasi dan analisis evaluasi juga merupakan analisis multidisiplin, namun seperti Namanya memiliki penekanan yang berbeda.

Melakukan tinjauan implementasi berarti mencoba memahami apa yang sebenarnya terjadi setelah program dilaksanakan, yaitu peristiwa dan kegiatan yang dilakukan untuk mengelola usaha dan upaya untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat. Oleh karena itu, ruang lingkup tinjauan implementasi adalah semua kegiatan dan peristiwa yang terjadi setelah kebijakan dirumuskan, misalnya, analisis dalam riset implementasi tidak mempersoalkan apakah suatu kebijakan yang gagal diimplementasikan sebenarnya merupakan kebijakan yang tepat untuk mencapai tujuan yang diinginkan (ini pertanyaan evaluasi), riset implementasi mempertanyakan apakah ada kesalahan atau kekurangan dalam proses implementasi dan apa sebabnya. Bahkan, dalam penelitian implementasi, pertanyaan evaluasi juga dapat muncul: apakah rencana Tindakan yang dipilih memenuhi tujuan tersebut, atau apakah keputusan yang diambil untuk mengimplementasikan kebijakan sudah sesuai? Meski begitu,

persoalan ini tidak lepas dari koridor penyusunan rencana aksi akibat interpretasi kebijakan oleh pelaksana.

Di sisi lain, tujuan evaluasi dan analisis lebih untuk mengukur efek dan dampak suatu kebijakan terhadap masyarakat, bukan untuk mengukur efisiensi, integritas implementasi, dan konten lain yang terkait dengan standar implementasi. Tujuan dari kebijakan itu sendiri adalah untuk mempengaruhi/mengubah, jadi wajar saja kalau evaluasi itu untuk apa.

Meskipun dilakukan secara sistematis, ada beberapa hal yang membedakan analisis evaluative dengan analisis akademik lainnya, antara lain:

1. Evaluasi adalah untuk pengambilan keputusan, menganalisis masalah yang ditetapkan oleh pembuat keputusan, bukan peninjau (peneliti), karena pembuat keputusan peduli dengan hasil evaluasi.
2. Evaluasi adalah penelitian yang dilakukan dalam setting kebijakan, bukan akademik, sehingga soal-soal evaluasi berorientasi pada procedural. Peneliti tidak membangun hipotesis dan hipotesis mereka sendiri seperti yang dilakukan penelitian lain.
3. Evaluasi memberikan penilaian pencapaian tujuan, bukan evaluasi tujuan

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

1. Mengukur dampak suatu kebijakan terhadap kehidupan masyarakat dengan membandingkan keadaan sebelum dan sesudah kebijakan itu ada
2. Mengukur efek menunjuk pada perlunya metodologi penelitian. Sedangkan membandingkan efek dengan tujuan mengharuskan penggunaan kriteria untuk mengukur keberhasilan.
3. Memperoleh informasi kinerja implementasi kebijakan, mengevaluasi kesesuaian dan perubahan program dengan rencana
4. Memberikan umpan balik kepada manajemen untuk memperbaiki/meningkatkan implementasi.

5. Memberikan rekomendasi kepada pembuat kebijakan untuk pengambilan keputusan lebih lanjut tentang kebijakan masa depan.
6. Sebagai bentuk akuntabilitas publik, untuk menegakkan akuntabilitas publik.
7. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan. Melalui evaluasi, kita dapat melihat tingkat pencapaian tujuan.
8. Mengukur tingkat efisiensi. Pengeluaran dan manfaat suatu kebijakan juga dapat diketahui melalui evaluasi.
9. Mengukur tingkat keluaran (*outcome*) suatu kebijakan. Pengukuran kuantitas dan kualitas pengeluaran atau keluaran kebijakan merupakan salah satu tujuan evaluasi.
10. Mengukur dampak suatu kebijakan. Pada tahap selanjutnya, evaluasi bertujuan untuk mengetahui dampak positif dan negatif dari kebijakan tersebut.
11. Untuk mengetahui apabila ada penyimpangan. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyimpangan dengan cara membandingkan tujuan dan pencapaian tujuan.
12. Sebagai bahan masukan (input) untuk kebijakan yang akan datang. Tujuan akhir dari evaluasi adalah untuk menginformasikan proses kebijakan masa depan untuk mengembangkan kebijakan yang lebih baik.

7.8 Dimensi dan Jenis-Jenis Evaluasi Kebijakan

Secara garis besar, 2 (dua) dimensi penting harus diturunkan dari penelitian evaluasi kebijakan publik. Dimensi ini adalah:

1. Evaluasi kinerja pencapaian tujuan kebijakan, artinya mengevaluasi kinerja mereka yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan. Hasilnya, diperoleh jawaban atau informasi mengenai kinerja implementasi, efektivitas dan efisiensi, serta hal-hal terkait lainnya.
2. Evaluasi kebijakan dan dampaknya, artinya menilai kebijakan itu sendiri dan isi programnya. Dengan demikian dapat diperoleh informasi tentang manfaat kebijakan (efek), dampak kebijakan (*outcome*), dan kesesuaian

kebijakan/program dengan apa yang hendak dicapai (kesesuaian antara sarana dan tujuan), dan lainnya.

Dimensi penelitian dalam penelitian evaluasi mencakup keseluruhan siklus proses kebijakan, mulai dari penyusunan rancangan kebijakan implementasi hingga implementasi penuh.

Kajian evaluasi kebijakan mencakup dimensi-dimensi berikut:

1. Evaluasi Proses, sebelumnya perumusan kebijakan atau implementasi kebijakan. Pada tahap ini diperlukan 2 (dua) penilaian yaitu:
 - a. Evaluasi Desain Kebijakan, mengevaluasi apakah alternatif yang dipilih merupakan alternatif yang paling ekonomis dengan mengukur hubungan antara biaya dan manfaat (*cost—benefit analysis*) dan hal-hal lain yang wajar (rasional) dan terukur.
 - b. Evaluasi Legitimasi Kebijakan, menilai tingkat penerimaan kebijakan atau program oleh publik/pemangku kepentingan (*stakeholder*)/kelompok sasaran yang dituju oleh kebijakan tersebut. Metode evaluasi diperoleh melalui *polling*, kuesioner dan sarana lainnya.
2. Evaluasi Formatif, ini terjadi selama implementasi kebijakan. Tujuan penilaian formatif ini terutama untuk mengetahui sejauh manaprogam telah dilaksanakan dan kondisi apa yang dapat diupayakan untuk meningkatkan keberhasilannya. Dalam istilah manajemen, evaluasi formatif adalah pemantauan penerapan kebijakan. Evaluasi formatif melibatkan banyak ukuran kuantitatif sebagai ukuran kinerja implementasi.

7.9 Pendekatan Sistem Kebijakan Kesehatan

Pada hakekatnya, ada 3 (tiga) komponen dalam sistem Kesehatan yang saling berhubungan, yaitu: kebijakan Kesehatan itu sendiri (*health policy*) para pelaku kebijakan (*actors of policy*), dan lingkungan kebijakan (*environment of policy*). Hal ini dalam Ilmu

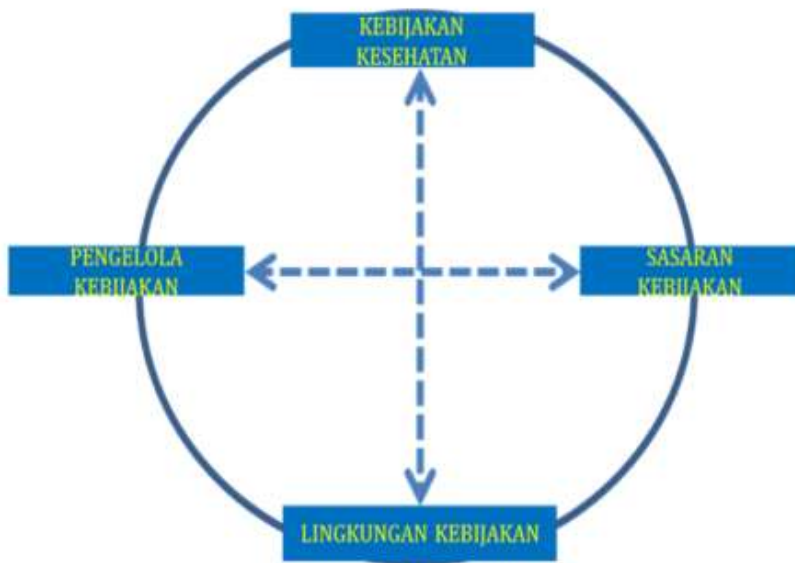
Kebijakan Publik dikenal sebagai “segitiga kebijakan”, yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 7.4. Segitiga Kebijakan

Pelaku kebijakan adalah seluruh unsur yang terkaait dengan proses lahirnya kebijakan Kesehatan, yaitu: Pemerintah dan DPR/ DPD/ DPRD. Lingkungan kebijakan adalah keadaan/ kondisi Kesehatan yang melandasi suatu kebijakan kesehtan, misalnya angka kesakitan, angka kematian, Kejadian Luar Biaassa / Wabah dan sebgainya. Kebijakan Kesehatan adalah produk pilihan pemerintah untuk menyyelesaikan masalah Kesehatan yang ada.

Walaupun demikian dari sudut pandang yang lain, “segitiga kebijakan” tersebut di atas dianggap masiih kurang menggambarkan komponen kebijakan Kesehatan secara komprehensif karena dalam kebijakan Kesehatan, masyarakat sebaagai sasaran kebijakan turut memiliki andil dalam proses kebijakan Kesehatan.oleh sebaab itu sebagai penyempurnaan konsepini dikenal ada 4 (empat) komponen kebijakan Kesehatan, yaiitu: kebijakan Kesehatan itu sendiri, pengelola kebijakan Kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan Kesehatan, dan lingkungan kebijakan Kesehatan. Keterkaitan keempat komponen tersebut dapat digambarkan sebaagai berikut:



Gambar 7.5. Keterkaitan ebrbagai Komponen Kebijakan Kesehatan

Skema di atas memberikan gambaran keterkaitan antara berbagai komponen dalam suatu kebijakan Kesehatan, dimana kebijakan Kesehatan berhubungan dengan pengelola kebijakan, kelompok sasaran kebijakan, dan lingkungan kebijakan; pengelola kebijakan kesehtaan berhubungan dengan kebijakan Kesehatan itu sendiri, kelompok sasaran kebijakan, dan lingkungan kebijakan, kelompok sasaran kebijakan Kesehatan berhubungan dengan pengelola kebijakan, kebijakan Kesehatan, dan lingkungan kebijakan, dan seterusnya. Intinya adalah bahwa keempat komponen tersebut saling berhubungan satu dengan lainnya. Sebagai contoh adalah bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhubungan dengan rakyat Indonesia sebagai sasaran, pemerintah dan DPR sebaagai pengelola kebijakan, dan llingkungan implementasi kebijakan JKN.

Kebijakan Kesehatan merupakan respons dari sistem politik terhadap *demands/claim* masyarakat di bidang Kesehatan yang mengalir dari lingkungannya. Selaain itu kebijakan Kesehatan merupakan tatanan kelembagaan yang berperan atau merupakan wahana dalam penyelenggaraan Sebagian atau keseluruhan proses

kebijakan di bidang Kesehatan yang meliputi formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan Kesehatan itu sendiri. Oleh sebab itu, unsur-unsur yang terkandung dalam kebijakan Kesehatan meliputi stake holder, isi kebijakan Kesehatan (*policy contents*), lingkungan kebijakan (*policy environment*) dan pengguna jasa pelayanan Kesehatan sebagai sasaran (*target group*).

DAFTAR PUSTAKA

- Annad Anwar, 2017. Interakasi Pengambilan Keputusan dan Evaluasi Kebijakan. Celebes Media Perkasa
- Widodo Sri dan yulyanti depi, 2023. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Penerbit Deepublish
- Marniati, 2022. Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan. PT. RajaGrafindo Persada.
- Dachi alyakin Rahmat, 2017. Proses dan anlisis kebijakan Kesehatan (suaatu pendekatan konsptual. Deepublish.
<https://deepublishstore.com/blog/?s=analisis+kebijakan+kesehatan>
https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrKAhFIDlhlzaUXESnLQwx;_ylu=Y29sbwNzZzMEcG9zAzQEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1703443686/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffjurnal.dpr.go.id%2findex.php%2finspirasi%2farticle%2fview%2f459%2f356/RK=2/RS=oPOnS9LeR0Nj.BoDP52iB7gC9JY-
- Affrian Reno, 2023. Model-Model Formulasi, Impelementasi, dan Evaluasi Kebijakan. CV. Bintang Semesta Media.

BAB 8

KEPUTUSAN KLINIS DAN ETIKA

Oleh Solehudin

8.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan aspek vital dalam kehidupan manusia, dan pengelolaan serta pengambilan keputusan dalam dunia klinis menjadi unsur krusial dalam memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di tengah dinamika sistem kesehatan, para profesional medis, terutama mereka yang berurusan langsung dengan pasien, dihadapkan pada berbagai keputusan klinis yang memerlukan pertimbangan mendalam. Terkait dengan hal ini, aspek etika dalam pengambilan keputusan klinis memainkan peran sentral untuk memastikan bahwa tindakan medis dilakukan dengan integritas moral dan peduli terhadap nilai-nilai kemanusiaan.

Bab ini akan menjelajahi kompleksitas keputusan klinis dan urgensi etika dalam konteks analisis kebijakan kesehatan. Keputusan klinis tidak hanya mencakup diagnosis dan perawatan, tetapi juga melibatkan pemahaman mendalam tentang kebutuhan individu, preferensi pasien, dan faktor-faktor sosial yang memengaruhi kesehatan. Sementara itu, etika memainkan peran sebagai panduan moral dalam menghadapi dilema-dilema yang mungkin timbul dalam praktek medis sehari-hari.

Penting untuk mengakui bahwa keputusan klinis tidak selalu bersifat hitam atau putih; seringkali, para profesional kesehatan dihadapkan pada situasi yang kompleks dan penuh ketidakpastian. Oleh karena itu, analisis kebijakan kesehatan yang holistik perlu mempertimbangkan berbagai aspek keputusan klinis, memahami implikasi kebijakan terhadap praktik-praktik medis, dan meresapi peran etika sebagai pilar moral dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Bab ini akan menggali lebih dalam tentang konsep etika dalam konteks keputusan klinis, menyoroti tantangan dan pertimbangan etis yang seringkali dihadapi oleh para praktisi

kesehatan. Selain itu, kami akan menyajikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana keputusan klinis yang dibuat oleh para profesional kesehatan dapat membentuk dan dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang ada. Dengan memahami hubungan erat antara keputusan klinis, etika, dan kebijakan kesehatan, diharapkan dapat ditemukan solusi yang berkelanjutan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Sebagai penutup, chapter ini diharapkan dapat memberikan wawasan yang berharga bagi para pembaca, baik para profesional kesehatan, pengambil kebijakan, maupun peneliti di bidang kesehatan, untuk lebih memahami kompleksitas hubungan antara keputusan klinis dan etika dalam konteks analisis kebijakan kesehatan. Dengan demikian, kita dapat bersama-sama menciptakan lingkungan kesehatan yang lebih berdaya, berkeadilan, dan sesuai dengan prinsip-prinsip etika yang mendasari profesi kesehatan.

8.2 Pengantar Keputusan Klinis

Definisi Keputusan Klinis dapat bervariasi tergantung pada perspektif dan pendekatan yang digunakan oleh para ahli dalam dunia kesehatan. Berikut adalah beberapa definisi dari beberapa ahli yang dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif.

Menurut Sackett et al. (1996), keputusan klinis adalah pemilihan antara dua atau lebih alternatif intervensi untuk mendiagnosis, mencegah, atau mengobati penyakit (Waldegrave & V, 1996). Menurut Elstein et al. (1978), keputusan klinis adalah suatu pemilihan di antara tindakan-tindakan yang berbeda, termasuk pemilihan untuk tidak melakukan apa-apa (Elstein et al., 1978). Menurut Croskerry (2009), keputusan klinis adalah hasil dari aktivitas pemikiran, yaitu proses berpikir yang melibatkan persepsi dan interpretasi informasi, dan memerlukan pemahaman terhadap konteks klinis (Croskerry, 2009).

Menurut Greenhalgh et al. (2014), keputusan klinis adalah proses pemikiran kritis yang melibatkan pengumpulan dan penilaian informasi, pembuatan diagnosis atau penilaian, dan pengembangan rencana pengelolaan (Greenhalgh, 2014). Menurut Epstein dan Street (2011), keputusan klinis adalah proses yang

kompleks di mana seorang klinisi membuat pilihan di antara alternatif tindakan di bawah kondisi ketidakpastian dan ketidaksempurnaan informasi (Epstein & Street, 2011).

Keputusan klinis adalah suatu proses kompleks yang melibatkan pemikiran kritis dan evaluasi terhadap informasi yang tersedia. Hal ini mencakup pemilihan antara dua atau lebih alternatif intervensi atau tindakan untuk mendiagnosis, mencegah, atau mengobati penyakit. Keputusan klinis tidak hanya terbatas pada tindakan yang diambil, tetapi juga mencakup pemilihan untuk tidak melakukan apa-apa, dan dapat melibatkan aktivitas pemikiran kritis, persepsi, interpretasi informasi, dan pemahaman terhadap konteks klinis. Keputusan ini dibuat di bawah kondisi ketidakpastian dan ketidaksempurnaan informasi, dan dapat mencakup evaluasi nilai-nilai dan preferensi pasien. Keseluruhan, keputusan klinis adalah hasil dari pemikiran kritis dan tindakan yang diambil oleh para profesional kesehatan untuk merespons kebutuhan pasien dan situasi klinis yang kompleks.

8.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Klinis

Faktor klinis adalah aspek-aspek yang berkaitan dengan informasi medis dan klinis yang menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis. Faktor-faktor ini mencakup berbagai elemen yang membantu profesional kesehatan dalam mendiagnosis, merencanakan, dan menyusun intervensi yang sesuai (Herdian, 2020). Faktor-faktor klinis yang mempengaruhi keputusan klinis, sebagai berikut:

1. Hasil Tes Klinis

Merupakan hasil dari tes medis atau pemeriksaan klinis, seperti tes darah, tes pencitraan medis seperti CT scan atau MRI, tes fungsi organ, dll. Pengaruh pada keputusan klinis yaitu hasil tes klinis memberikan data objektif yang membantu dalam memahami kondisi kesehatan pasien, mendiagnosis penyakit, dan memantau respons terhadap pengobatan (Erawantini & Wibowo, 2019).

2. Riwayat Medis Pasien

Informasi tentang riwayat kesehatan pasien, termasuk penyakit sebelumnya, pengobatan yang pernah diterima, riwayat alergi, dan faktor-faktor risiko lainnya (Rochmiati et al., 2021). Pengaruh pada keputusan klinis adalah riwayat medis membantu dalam pemahaman lebih lanjut tentang kondisi kesehatan pasien, memberikan konteks untuk gejala saat ini, dan memandu keputusan klinis terkait dengan diagnosis dan pengelolaan.

3. Gejala Klinis

Manifestasi subjektif dari penyakit atau masalah kesehatan, seperti rasa sakit, gangguan fungsi, atau perubahan perilaku. Pengaruh pada keputusan klinis yaitu gejala klinis memberikan petunjuk penting tentang kondisi kesehatan pasien, membantu dalam identifikasi masalah, dan mendukung pengambilan keputusan terkait perlu atau tidaknya intervensi medis.

4. Pengukuran Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh profesional kesehatan, seperti pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, detak jantung, dan pemeriksaan fisik lainnya (Khairina et al., 2020). Pengaruh pada keputusan klinis adalah hasil pengukuran fisik memberikan data tambahan untuk menilai status kesehatan pasien dan membantu dalam diagnosis serta perencanaan tindakan lebih lanjut.

5. Interpretasi Hasil

Proses penafsiran dan analisis informasi klinis oleh profesional kesehatan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman mereka (Rahayu & Mulyani, 2020). Pengaruh pada keputusan klinis adalah kemampuan untuk secara tepat dan akurat menginterpretasi hasil tes dan informasi klinis lainnya sangat penting dalam pengambilan keputusan klinis yang efektif.

Faktor-faktor klinis ini bersama-sama membentuk landasan informasi yang dibutuhkan oleh profesional kesehatan dalam membuat keputusan klinis yang tepat. Penggunaan data klinis ini

dengan bijak dan cermat dapat meningkatkan akurasi diagnosis, perencanaan pengelolaan, dan hasil perawatan pasien.

Faktor pasien adalah salah satu aspek kunci yang mempengaruhi pengambilan keputusan klinis. Ini melibatkan pemahaman terhadap preferensi pasien, nilai-nilai yang mereka anut, dan sejauh mana keterlibatan mereka dalam proses pengambilan keputusan klinis.

1. Preferensi Pasien

Preferensi pasien merujuk pada pilihan dan harapan pasien terkait perawatan kesehatan mereka. Ini mencakup preferensi terhadap jenis pengobatan, pendekatan perawatan, dan keinginan pasien terkait kualitas hidup (Amalia & Nisa, 2020). Pengaruh pada keputusan klinis yaitu memahami preferensi pasien membantu profesional kesehatan dalam menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan nilai dan keinginan pasien. Keputusan klinis yang mempertimbangkan preferensi pasien dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan.

2. Nilai-nilai Pasien

Nilai-nilai yang diyakini dan dihormati oleh pasien, termasuk nilai-nilai moral, keagamaan, atau budaya. Nilai-nilai ini dapat memengaruhi pilihan perawatan dan pandangan pasien terhadap kualitas hidup (Rosady et al., 2022). Pengaruh pada keputusan klinis adalah memahami nilai-nilai pasien membantu profesional kesehatan menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai tersebut. Hal ini juga dapat mencegah konflik etis dan meningkatkan kepatuhan pasien.

3. Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan

Tingkat keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan klinis, termasuk sejauh mana pasien ingin terlibat dalam diskusi, pemahaman mereka tentang opsi perawatan, dan kesiapan mereka membuat keputusan (Shabrina & Iskandarsyah, 2019). Pengaruh pada keputusan klinis adalah keterlibatan pasien dapat memengaruhi keputusan klinis dengan menciptakan hubungan yang lebih kolaboratif antara pasien dan profesional kesehatan. Pasien yang merasa

terlibat cenderung lebih puas dan memiliki kepatuhan yang lebih baik terhadap rencana perawatan

4. Komunikasi dan Edukasi Pasien

Proses memberikan informasi kepada pasien dan berkomunikasi dengan mereka mengenai kondisi kesehatan, opsi perawatan, dan proyeksi hasil perawatan (Dady et al., 2020).

Pengaruh pada keputusan klinis yaitu komunikasi yang efektif dan edukasi pasien dapat meningkatkan pemahaman pasien terhadap opsi perawatan, membantu mereka membuat keputusan yang informasi, dan meningkatkan kolaborasi dalam perencanaan perawatan.

Faktor konteks sosial dan ekonomi merupakan aspek penting yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan klinis. Ini mencakup faktor-faktor yang berasal dari lingkungan sosial dan ekonomi pasien serta masyarakat tempat mereka tinggal (Afandi, 2017).

1. Sosial dan Budaya

Aspek-aspek budaya, nilai, norma sosial, dan struktur sosial yang memengaruhi cara individu dan keluarga memahami kesehatan, penyakit, dan perawatan medis. Pengaruh pada keputusan klinis bahwa konteks sosial dan budaya dapat mempengaruhi persepsi dan harapan pasien terhadap perawatan kesehatan. Memahami konteks ini membantu profesional kesehatan berkomunikasi dengan efektif dan mengakomodasi preferensi budaya dalam perencanaan perawatan

2. Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Ketersediaan dan kemudahan akses pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan, termasuk lokasi fasilitas kesehatan, transportasi, dan biaya layanan. Pengaruh pada keputusan klinis bahwa aksesibilitas yang baik dapat memastikan bahwa pasien dapat menerima perawatan yang diperlukan. Ketidakmampuan untuk mengakses layanan kesehatan dapat membatasi opsi perawatan dan mempengaruhi keputusan klinis.

3. **Ekonomi dan Keuangan**

Aspek-aspek ekonomi, termasuk status ekonomi pasien, asuransi kesehatan, dan biaya yang terkait dengan perawatan kesehatan. Pengaruh pada keputusan klinis bahwa kemampuan finansial pasien dapat mempengaruhi aksesibilitas layanan dan keputusan klinis. Pasien mungkin harus mempertimbangkan faktor ekonomi dalam memilih opsi perawatan, terutama jika ada biaya yang terkait.

4. **Dukungan Sosial**

Tingkat dukungan dan jaringan sosial yang dimiliki pasien, termasuk keluarga, teman, atau komunitas. Pengaruh pada keputusan klinis bahwa dukungan sosial dapat berperan dalam mendukung pasien dalam pengambilan keputusan klinis, meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan, dan memberikan dukungan emosional yang diperlukan.

5. **Determinan Sosial Kesehatan**

Faktor-faktor nonmedis yang memengaruhi kesehatan, seperti pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, dan akses ke sumber daya masyarakat. Pengaruh pada keputusan klinis yaitu determinan sosial kesehatan dapat menciptakan kondisi yang mendukung atau membatasi kesehatan pasien. Memahami faktor-faktor ini membantu profesional kesehatan menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan konteks sosial dan ekonomi pasien.

8.4 Etika dalam Keputusan Klinis

Etika dalam keputusan klinis merupakan suatu kerangka kerja yang mengarahkan perilaku dan keputusan para profesional kesehatan dalam konteks pelayanan kesehatan (Rahayu & Mulyani, 2020). Etika ini mencakup sejumlah prinsip dan nilai-nilai yang membimbing praktisi kesehatan dalam membuat keputusan yang mempertimbangkan kepentingan pasien dan prinsip-prinsip moral (Afandi, 2017).

Prinsip-prinsip etika ini membentuk dasar untuk panduan etika klinis dan kode etik di berbagai profesi kesehatan, seperti dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Menerapkan prinsip-prinsip ini membantu menciptakan lingkungan perawatan

yang bermoral, mengutamakan kepentingan pasien, dan mempromosikan keputusan klinis yang bertanggung jawab. Prinsip-prinsip dalam etika keputusan klinis (Henky, 2018), sabagai berikut:

1. Otonomi Pasien

Otonomi mengacu pada hak pasien untuk berpartisipasi dalam keputusan mengenai perawatan mereka sendiri. Praktisi kesehatan diharapkan untuk memberikan informasi yang memadai kepada pasien, memahami preferensi pasien, dan berusaha untuk melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan sebanyak mungkin.

2. Keadilan

Prinsip keadilan menuntut bahwa pelayanan kesehatan harus didistribusikan secara adil dan merata. Praktisi kesehatan harus menghindari diskriminasi dan memastikan bahwa semua pasien diperlakukan dengan menghormati, tanpa memandang ras, agama, gender, atau status sosial ekonomi

3. Manfaat dan Kerugian

Praktisi kesehatan harus mempertimbangkan manfaat dan kerugian dari suatu tindakan atau perawatan. Keputusan yang diambil seharusnya bermanfaat untuk pasien dan harus meminimalkan risiko atau dampak negatif yang mungkin timbul.

4. Integritas Profesional

Etika dalam keputusan klinis menekankan pentingnya integritas profesional. Ini mencakup kewajiban praktisi kesehatan untuk tetap jujur, transparan, dan menjaga kepercayaan pasien

5. Rasa Hormat

Praktisi kesehatan diharapkan untuk menghormati martabat dan hak-hak pasien. Ini mencakup menghargai kerahasiaan informasi pasien dan mendengarkan dengan penuh perhatian terhadap kekhawatiran atau nilai-nilai pasien.

6. Keterbukaan dan Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif antara praktisi kesehatan dan pasien, serta antara anggota tim kesehatan, adalah aspek penting dalam etika klinis. Hal ini mencakup memberikan

informasi dengan jelas, merespons pertanyaan pasien, dan melibatkan keluarga atau pelibatan lainnya sesuai kebijakan pasien

7. Pertimbangan Etika dalam Riset Klinis

Dalam situasi di mana pasien terlibat dalam penelitian klinis, perlindungan terhadap hak-hak pasien dan kewajiban kejujuran, serta keterbukaan dalam pelaporan hasil riset, menjadi hal penting

8.5 Keputusan Bersama (*Shared Decision Making*)

Keputusan Bersama (*Shared Decision Making* atau SDM) adalah suatu pendekatan dalam proses pengambilan keputusan klinis di mana pasien dan profesional kesehatan bekerja sama untuk membuat keputusan yang melibatkan pilihan-pilihan pengobatan atau perawatan. Ini mencerminkan pendekatan kolaboratif di mana informasi dan preferensi pasien diakui dan digunakan bersama-sama dengan pengetahuan dan pengalaman profesional kesehatan (Khairina et al., 2020).

Keputusan Bersama bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang opsi perawatan yang tersedia, meningkatkan kepuasan pasien, dan memastikan bahwa pilihan perawatan yang diambil sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi pasien (Sitio et al., 2022). Ini mempromosikan hubungan yang lebih kolaboratif antara pasien dan profesional kesehatan, sehingga keputusan yang diambil lebih sesuai dengan kebutuhan dan preferensi unik masing-masing pasien. Beberapa aspek yang terkait dengan *Shared Decision Making*, yaitu:

1. Informasi

Profesional kesehatan menyediakan informasi lengkap dan akurat tentang kondisi medis, opsi pengobatan, risiko, dan manfaat. Pasien memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang situasi kesehatannya dan opsi perawatan yang tersedia

2. Komunikasi

Dialog terbuka dan jujur antara pasien dan profesional kesehatan sangat penting. Pasien diberikan kesempatan

untuk mengungkapkan kekhawatiran, nilai-nilai, dan preferensinya

3. Partisipasi Aktif

Pasien diundang untuk berpartisipasi aktif dalam proses pengambilan keputusan. Pasien memiliki peran yang signifikan dalam mengeksplorasi dan memilih opsi perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensinya

4. Pilihan Berbasis Bukti

Keputusan didasarkan pada bukti ilmiah dan klinis terkini. Profesional kesehatan membantu pasien memahami implikasi risiko dan manfaat dari setiap pilihan

5. Penerimaan Risiko

Pasien dan profesional kesehatan bersama-sama mempertimbangkan risiko dan manfaat dari setiap opsi perawatan. Pasien dapat memilih tingkat keterlibatan dalam pengelolaan risiko

6. Pemantauan dan Evaluasi

Keputusan Bersama adalah suatu proses yang berkelanjutan. Keputusan dapat direview dan disesuaikan seiring waktu sesuai dengan perkembangan kondisi kesehatan pasien.

8.6 Studi Kasus

Studi Kasus: Dilema Etika dalam Keputusan Klinis

Latar Belakang:

Dr. Lee (**bukan nama sebenarnya**), seorang dokter umum yang berpraktik di sebuah pusat kesehatan komunitas, dihadapkan pada sebuah situasi etika yang kompleks. Ia merawat seorang pasien berusia 60 tahun, Mr. Johnson (**bukan nama sebenarnya**), yang telah lama menderita diabetes dan penyakit ginjal. Kondisi kesehatan Mr. Johnson semakin memburuk, dan ia kini membutuhkan transplantasi ginjal untuk terus hidup

Dilema Etika:

Satu-satunya opsi pengobatan yang tersedia adalah transplantasi ginjal, tetapi pasien tidak memiliki keluarga yang dapat menjadi donor yang cocok. Dr. Lee telah memeriksa semua

opsi yang mungkin, termasuk daftar tunggu donor anonim, namun waktu sangat penting untuk Mr. Johnson.

Seorang relatif jauh, sepupu kedua pasien, menawarkan diri sebagai donor potensial. Namun, setelah pemeriksaan mendalam, ditemukan bahwa sepupu tersebut memiliki kondisi genetik yang dapat meningkatkan risiko komplikasi serius selama dan setelah transplantasi. Meskipun sepupu tersebut bersedia mengambil risiko, Dr. Lee prihatin bahwa penerimaan donor dengan kondisi genetik ini melibatkan pertimbangan etika yang serius.

Pertimbangan Etika:

1. Otonomi Pasien dan Donor
Dr. Lee perlu memastikan bahwa baik pasien maupun donor sepenuhnya memahami risiko dan manfaat yang terlibat dalam keputusan ini. Keputusan ini harus didasarkan pada otonomi dan kesadaran penuh dari kedua pihak.
2. Prinsip Keadilan
Dr. Lee harus memastikan bahwa penerimaan donor tidak melibatkan ketidaksetaraan atau diskriminasi. Pertimbangan keadilan mengharuskan bahwa setiap keputusan memperhitungkan kepentingan dan keadilan bagi semua pihak yang terlibat
3. Prinsip Non-Malefisensi (Tidak Menyebabkan Kerusakan)
Dr. Lee harus meminimalkan risiko bagi kedua pihak, memastikan bahwa tindakan yang diambil tidak menyebabkan kerusakan yang tidak dapat diterima
4. Prinsip Kemanfaatan
Dr. Lee perlu mempertimbangkan manfaat jangka panjang dari transplantasi ginjal terhadap kualitas hidup pasien dan dampak positif bagi keluarga dan komunitas

Keputusan dan Tindakan

Dr. Lee memutuskan untuk melibatkan tim etika rumah sakit untuk mendiskusikan kasus ini secara menyeluruh. Tim etika membahas secara mendalam nilai-nilai dan prinsip-prinsip etika yang terlibat, melibatkan pasien dan donor dalam diskusi tersebut

Setelah pemikiran matang dan diskusi yang penuh pertimbangan, Dr. Lee bersama dengan pasien dan donor memutuskan untuk melanjutkan dengan transplantasi ginjal. Namun, semua pihak terlibat telah diberikan pemahaman yang mendalam tentang risiko dan manfaat yang terlibat, dan keputusan ini dicapai dengan penuh penghargaan terhadap otonomi dan nilai-nilai etika yang mendasari praktik medis.

Dalam kasus ini, proses Keputusan Bersama dan keterlibatan tim etika membantu menyeimbangkan prinsip-prinsip etika yang terlibat, memastikan bahwa keputusan yang diambil adalah yang terbaik bagi semua pihak yang terlibat.

8.7 Isue-Isue Kontemporer

Isue-isue kontemporer dalam keputusan klinis mencakup berbagai tantangan dan pertimbangan yang berkaitan dengan perkembangan terkini dalam ilmu kedokteran, teknologi kesehatan, etika, dan regulasi. Isu-isu ini menciptakan lingkungan yang kompleks dan menuntut bagi profesional kesehatan untuk tetap mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang perkembangan terkini dan mempertimbangkan aspek-aspek etika, hukum, dan sosial dalam setiap keputusan klinis yang diambil (Gosal et al., 2022). Beberapa isue yang paling relevan saat ini, yaitu:

1. **Teknologi Kesehatan Canggih: Genomika dan Terapi Sel**
Penggunaan informasi genomik untuk pengobatan yang disesuaikan. Terapi sel dan penggunaan modifikasi genetik dalam pengobatan
2. **Keamanan dan Privasi Data: Rekam Medis Elektronik**
Tantangan dalam menjaga keamanan data pasien dalam era digital. Keseimbangan antara akses informasi untuk perawatan yang efektif dan perlindungan privasi pasien (Budiyanti et al., 2019).
3. **Integrasi Teknologi ke dalam Praktik Klinis: Telemedicine dan Konsultasi Jarak Jauh**
Penggunaan teknologi untuk konsultasi dan perawatan jarak jauh. Tantangan etika terkait dengan pemeriksaan dan diagnosa jarak jauh (Rosady et al., 2022).

4. Keputusan Klinis Berbasis Bukti: Pengelolaan Informasi Terkini
Memastikan bahwa profesional kesehatan dapat mengakses dan mengintegrasikan informasi klinis terkini ke dalam pengambilan keputusan. Tantangan dalam mengelola beban informasi yang besar (Erawantini & Wibowo, 2019).
5. Keterlibatan Pasien dalam Keputusan: Keputusan Bersama (Shared Decision Making)
Bagaimana memperkuat peran pasien dalam pengambilan keputusan klinis. Mendukung literasi kesehatan pasien untuk memahami informasi yang kompleks.
6. Isu Etika dalam Terapi Gen: Modifikasi Genetik pada Embrio
Pertimbangan etika terkait dengan modifikasi genetik pada embrio manusia. Mengukur risiko dan manfaat jangka panjang
7. Akses dan Keadilan dalam Pelayanan Kesehatan: Ketidaksetaraan Akses
Tantangan dalam memastikan akses yang setara ke perawatan kesehatan berkualitas.
Pembedaan dalam keputusan klinis berdasarkan faktor sosial dan ekonomi.
8. Pemberdayaan Pasien dan Literasi Kesehatan: Pendidikan dan Pemberdayaan Pasien
Bagaimana meningkatkan literasi kesehatan dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan.
Mengatasi disparitas literasi kesehatan
9. Pengaruh Faktor Budaya dalam Keputusan Klinis: Diversitas Budaya
Bagaimana nilai-nilai budaya dan keyakinan memengaruhi keputusan klinis. Menyesuaikan perawatan dengan kebutuhan dan nilai-nilai pasien dari berbagai latar belakang budaya
10. Regulasi dan Standar Profesional: Keamanan dan Kualitas Praktik
Menjaga standar etika dan kualitas dalam pengambilan keputusan klinis. Keterlibatan profesional kesehatan dalam pengembangan dan kepatuhan terhadap regulasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, D. 2017. Kaidah dasar bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis. *Majalah Kedokteran Andalas*, 40(2), 111–121. <https://doi.org/10.22338/mka.v40.i2.p111-121.2017>
- Amalia, T., & Nisa, N. S. 2020. Kesesuaian Peresepan Obat Pasien Kronis BPJS. *Jurnal Inkofar*, 1(2), 23–30.
- Budiyanti, R. T., Herlambang, P. M., & Nandini, N. 2019. Tantangan Etika dan Hukum Penggunaan Rekam Medis Elektronik dalam Era Personalized Medicine. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 49. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.41994>
- Croskerry, P. 2009. A Universal Model of Diagnostic Reasoning. *Academic Medicine*, 84(8), 1022–1028.
- Dady, D., Erika, K. A., & Rachmawaty, R. 2020. Support System In The Making Of Nursing Clinical Decisions In The Hospital Room. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 173–181.
- Elstein, A. S., Shulman, L. S., & Sprafka, S. A. 1978. *Medical Problem Solving*. Harvard University Press.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. 2011) The Values and Value of Patient-Centered. *Annals Of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>.atient-centered
- Erawantini, F., & Wibowo, N. S. 2019. Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Sistem Pendukung Keputusan Klinis. *Jurnal Teknologi Informasi Dan Terapan*, 6(2), 75–78. <https://doi.org/10.25047/jtit.v6i2.115>
- Gosal, V. H. R., Manampiring, A. E., & Waha, C. 2022. Professional Behavior of Medical Personnel towards Ethical Responsibility and Therapeutic Transactions in Running Clinical Privilege. *Medical Scope Journal*, 4(1), 1–9.
- Greenhalgh, T. 2014. Evidence based medicine: a movement in crisis? with context and professional expertise so that individual patients get optimal treatment. *BMJ*, 3725(June), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Henky, H. 2018. Pelayanan Etika Klinis. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 2(2), 59. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i2.17>

- Herdian, F. 2020. Faktor- faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan klinis ketua tim di rumah sakit umum daerah sumedang. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Medisina*, VI.
- Khairina, I., Malini, H., & Huriani, E. 2020. Pengetahuan dan keterampilan perawat dalam pengambilan keputusan klinis. *Jurnal LINK*, 16(1), 1–5. <https://doi.org/10.31983/link.v16i1.5449>
- Rahayu, C. D., & Mulyani, S. 2020. Pengambilan Keputusan Klinis Perawat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Rochmiati, R., Suryawati, C., & Shaluhiah, Z. 2021. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Pilihan Pesein Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus*, 152–164.
- Rosady, D. S., Lazuardi, L., & Sastrowijoto, S. 2022. Telekonsultasi Klinis: etika, disiplin, dan hukum kedokteran. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 02(01), 1–23.
- Shabrina, A., & Iskandarsyah, A. 2019. Decision-Making About Treatment In Breast Cancer Patients Who Undergo a Traditional Treatment. *Jurnal Psikologi*, 46, 72–84. <https://doi.org/10.22146/jpsi.31902>
- Sitio, T., Setiawan, A., & Rusdhiati, F. 2022. Kajian Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Klinis di Instalasi Rawat Inap. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(2), 998–1011. <https://doi.org/10.31539/joting.v4i2.3798>
- Waldegrave, S. R. W., & V, B. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Health Services Management Centre*, 3–19.

BAB 9

ISU KESEHATAN GLOBAL

Oleh Fauzan Akbar

9.1 Pendahuluan

Kesehatan sangat terkait dengan lingkungan, budaya, perilaku, genetik aktivitas perdagangan, aspek ekonomi, laju pertumbuhan, pembangunan sosial, keamanan nasional, serta mengenai martabat dan hak asasi manusia. Saat ini, dalam era globalisasi dan saling ketergantungan, terdapat kebutuhan yang mendesak untuk memperluas fokus perhatian terhadap hal ini. Akibatnya, timbulnya berbagai masalah global yang memiliki dampak signifikan terhadap kondisi kesehatan. (HL.Bloom 2022)

Penelitian memvisualisasikan gambaran situasi kesehatan global melalui pengukuran tingkat kejadian penyakit dan angka kematian. Data tersebut menguraikan faktor penyebab utama kematian di seluruh dunia dan di berbagai wilayah, mencatat adanya lebih dari 130 jenis penyakit dan cedera yang terjadi secara global (Najmah, SKM 2019)

Kesehatan global memegang peranan krusial dalam menjaga keamanan global serta keselamatan populasi di berbagai wilayah. Untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan memperkuat stabilitas wilayah, diperlukan strategi yang fokus pada pendeteksian, respons, pencegahan, dan pengendalian terhadap penyakit-penyakit global. Oleh karena itu, penting bagi kita untuk mendiskusikan isu-isu terkait kesehatan global guna menjaga stabilitas dan keamanan secara luas.

Proses globalisasi telah menghapus batas geografis antarnegara, membuka peluang untuk interaksi lintas negara, dan memfasilitasi pertukaran informasi serta kerja sama di berbagai bidang seperti transportasi, ekonomi, kesehatan, pendidikan, sosial, politik, dan bahkan militer. Meskipun memberikan kemudahan yang signifikan, globalisasi juga membawa sejumlah masalah baru yang perlu diatasi. Contohnya, kesenjangan ekonomi antara negara-

negara miskin dan maju semakin membesar, wabah penyakit menular yang dapat menyebar lintas negara, perdagangan manusia (baik wanita maupun anak-anak) secara global, peningkatan harga minyak karena semakin berkurangnya sumber daya energi, dan masalah-masalah lainnya.

9.2 Pengantar Isu Kesehatan Global

Kesehatan global adalah usaha bersama antarnegara untuk meningkatkan kesehatan bagi semua individu, termasuk seluruh negara di dunia. Dalam konsep ini, kolaborasi atau kerjasama mengacu pada upaya bersama yang ditujukan untuk menangani masalah kesehatan global yang kompleks, melibatkan berbagai institusi atau pihak yang berkepentingan dalam mencari solusi untuk isu-isu global yang memiliki banyak faktor penentu. (Sulistyawati 2021)

Kesehatan global adalah pendekatan lintas batas dalam memahami, memelihara, dan meningkatkan kesehatan semua orang di seluruh dunia. Konsep ini mencakup pemahaman bahwa kesehatan tidak terbatas pada skala lokal atau nasional, melainkan juga merupakan tanggung jawab bersama yang melibatkan faktor-faktor global yang memengaruhi kesehatan individu, komunitas, dan populasi secara luas.

Beberapa poin penting terkait konsep kesehatan global meliputi:

1. Pandangan Holistik

Kesehatan global mengadopsi pandangan holistik yang mengakui kesehatan sebagai hasil dari interaksi kompleks antara faktor-faktor sosial, ekonomi, lingkungan, budaya, dan biologis.

2. Kesetaraan dan Keadilan

Fokusnya pada kesetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, serta upaya untuk mengurangi ketimpangan kesehatan di antara berbagai kelompok sosial, ekonomi, dan geografis.

3. Kerjasama Internasional

Kesehatan global menekankan pentingnya kerjasama antarnegara, kolaborasi lintas sektor, dan partisipasi aktif

berbagai pihak (termasuk organisasi internasional, pemerintah, LSM, dan masyarakat sipil) dalam memecahkan masalah kesehatan berskala global.

4. Pencegahan dan Respons Terhadap Krisis

Memiliki peran penting dalam upaya pencegahan penyakit menular, penanganan krisis kesehatan global seperti pandemi, serta upaya untuk memahami dan mengatasi faktor-faktor risiko yang menyebabkan masalah kesehatan global.

5. Peran Lingkungan

Memperhitungkan dampak lingkungan, termasuk perubahan iklim, polusi, dan kerusakan lingkungan lainnya terhadap kesehatan manusia.

6. Inovasi dan Teknologi

Pemanfaatan inovasi teknologi, riset ilmiah, dan pengembangan solusi baru dalam rangka meningkatkan pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan pemantauan terhadap berbagai masalah kesehatan global.

Kesehatan global juga sering kali mencakup agenda-agenda seperti pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals* - SDGs) yang terkait dengan kesehatan (seperti tujuan tentang kesehatan maternal, kesehatan anak, dan penyakit menular) serta kerangka kerja IHR (*International Health Regulations*) yang ditetapkan oleh WHO untuk mengatasi masalah kesehatan lintas batas negara.

9.3 Epidemiologi Penyakit-Penyakit Global

Beberapa konsep yang esensial untuk dipahami dalam studi epidemiologi sosial meliputi pemahaman tentang epidemiologi sosial itu sendiri (*social epidemiology*), faktor-faktor penentu sosial penyakit (*the social determinants of disease*), serta faktor-faktor penentu sosial kesehatan (*the social determinants of health*). Memahami hal ini akan membentuk landasan pengetahuan yang penting sebelum mendalami dan menerapkan kerangka konsep epidemiologi sosial dalam konteks kesehatan masyarakat. (Dewi et al. 2022)

Epidemiologi penyakit-penyakit global berfokus pada penyebaran, karakteristik, faktor risiko, dan dampak penyakit pada populasi di berbagai wilayah di seluruh dunia. Beberapa poin utama dalam epidemiologi penyakit-penyakit global termasuk:

1. Penyebaran Penyakit

Pemahaman Penyebaran Penyakit Studi epidemiologi ini menganalisis tren penyebaran penyakit menular (seperti COVID-19, HIV/AIDS, malaria, tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (seperti penyakit jantung, diabetes, kanker) di berbagai negara dan wilayah.

2. Identifikasi Faktor Risiko

Memeriksa faktor-faktor biologis, lingkungan, perilaku, sosial, dan ekonomi yang memengaruhi penyebaran penyakit, dapat meningkatkan atau mengurangi risiko terkena penyakit tertentu.

3. Pencegahan dan Pengendalian

Upaya Pencegahan dan Pengendalian Epidemiologi global berusaha mengembangkan strategi pencegahan, intervensi, serta pengendalian penyakit dengan fokus pada vaksinasi, pengobatan, kampanye kesadaran, pengawasan kesehatan masyarakat, dan manajemen krisis kesehatan global.

4. Kerjasama Internasional

Kolaborasi Internasional Melibatkan kerjasama lintas negara, lembaga kesehatan global, dan organisasi non-pemerintah dalam pelacakan, pemberantasan, dan pemantauan penyakit dengan dampak global.

5. Perubahan Lingkungan dan Kesehatan

Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan: Meneliti hubungan antara perubahan lingkungan, seperti perubahan iklim, urbanisasi, dan degradasi lingkungan, dengan penyebaran penyakit global.

6. Penelitian dan Inovasi

Riset dan Inovasi Melakukan penelitian untuk memahami karakteristik penyakit, mengembangkan metode deteksi dini, meningkatkan pengobatan, serta mengembangkan vaksin baru untuk mengurangi beban penyakit global.

Melalui studi epidemiologi penyakit-penyakit global, kita dapat memahami pola-pola penyakit, memberikan landasan yang kokoh untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pengembangan kebijakan kesehatan global, dan usaha-usaha untuk meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

9.4 Sistem Kesehatan Global

Sistem kesehatan global mencakup struktur organisasi, kebijakan, sumber daya, dan pelayanan kesehatan yang terlibat dalam memberikan layanan kesehatan di tingkat global. Beberapa aspek yang terkait dengan sistem kesehatan global termasuk:

1. Organisasi Kesehatan Internasional

Seperti World Health Organization (WHO), lembaga kesehatan internasional yang memainkan peran sentral dalam memantau kesehatan global, memberikan bantuan teknis, mengembangkan kebijakan kesehatan, serta merespons situasi krisis kesehatan global.

2. Kebijakan Kesehatan Global

Serangkaian kebijakan, perjanjian, dan regulasi yang ditetapkan oleh organisasi internasional dan negara-negara untuk mempromosikan kesehatan global, mengatasi masalah kesehatan lintas negara, dan memperbaiki akses terhadap pelayanan kesehatan di seluruh dunia.

3. Infrastruktur Kesehatan

Melibatkan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, teknologi medis, serta sistem informasi kesehatan yang mendukung penyediaan pelayanan kesehatan di tingkat global, termasuk pemantauan penyakit, diagnosis, dan pengobatan.

4. Keuangan dan Sumber Daya

Memastikan ketersediaan dana dan sumber daya untuk mendukung operasional sistem kesehatan global, termasuk pendanaan bagi negara-negara berkembang, lembaga kesehatan, dan program-program kesehatan global. Akses dan Ketimpangan Kesehatan: Menyelidiki ketimpangan akses terhadap pelayanan kesehatan di antara negara-negara dan

dalam masyarakat, serta upaya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas bagi semua orang.

5. Krisis Kesehatan Global

Merespons dan mengelola krisis kesehatan global seperti wabah penyakit menular, bencana alam, atau situasi darurat kesehatan lainnya yang membutuhkan koordinasi dan respons cepat dari berbagai pihak.

6. Pentingnya sistem kesehatan

global terletak pada kemampuannya untuk merespons dan mengatasi tantangan kesehatan yang bersifat lintas batas, mengkoordinasikan upaya-upaya berbagai negara dan organisasi, serta memastikan bahwa layanan kesehatan yang efektif dan terjangkau tersedia bagi seluruh populasi di dunia.

9.5 Kesehatan Masyarakat Global

Kesehatan Masyarakat Global merupakan disiplin ilmu yang mengkaji serta bertindak dalam menangani permasalahan kesehatan yang memengaruhi populasi secara global. Berbeda dari penekanan pada individu, fokus Kesehatan Masyarakat Global menekankan pada usaha-usaha untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, termasuk dalam lingkup internasional. Beberapa aspek penting terkait dengan Kesehatan Masyarakat Global meliputi:

1. Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan

Mendorong pencegahan penyakit dengan memperhatikan faktor-faktor risiko, kampanye kesadaran, dan promosi gaya hidup sehat di tingkat global.

2. Intervensi Kesehatan Publik

Melakukan intervensi di berbagai negara untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, termasuk vaksinasi, program gizi, sanitasi, dan kebijakan anti-merokok.

3. Pengaruh Sosial dan Lingkungan terhadap Kesehatan

Meneliti bagaimana faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan memengaruhi kesehatan global, termasuk akses terhadap air bersih, perumahan yang layak, ketimpangan ekonomi, dan masalah lingkungan.

4. Kebijakan Kesehatan Global

Mengembangkan kebijakan kesehatan global yang efektif dan berkelanjutan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat di berbagai negara.

5. Krisis Kesehatan Masyarakat

Merespons dan mengelola krisis kesehatan global seperti pandemi, bencana alam, atau masalah kesehatan lain yang bersifat lintas batas.

6. Kemitraan dan Kolaborasi Internasional

Berkolaborasi dengan organisasi internasional, Negara negara, lembaga kesehatan global, dan LSM untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara global.

Tujuan utama kesehatan masyarakat global adalah menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan bagi semua orang di seluruh dunia, dengan mengurangi ketimpangan kesehatan, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, dan merespons masalah kesehatan yang timbul di tingkat global.

Kebijakan kesehatan global adalah serangkaian strategi, rencana tindakan, dan keputusan yang diformulasikan oleh pemerintah, organisasi internasional, lembaga non-pemerintah, dan pemangku kepentingan lainnya untuk menghadapi tantangan kesehatan yang melintasi batas negara dan berskala global. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan pemenuhan hak-hak kesehatan bagi individu di semua penjuru dunia.

Kebijakan ini meliputi berbagai aspek penting, seperti pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan non-menular, kesehatan maternal dan anak, gizi, akses yang merata terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, pembangunan sumber daya manusia di bidang kesehatan, keberlanjutan, serta tanggapan terhadap krisis kesehatan, seperti pandemi.

Kebijakan ini juga melibatkan kerjasama antar sektor, negara, dan lembaga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan global, menetapkan prioritas, alokasi sumber daya yang diperlukan, mengembangkan inovasi, dan menerapkan tindakan

yang efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara global.

Dalam pengembangan kebijakan kesehatan global, penting untuk mempertimbangkan aspek-aspek keadilan, hak asasi manusia, keberlanjutan, dan pendekatan berbasis fakta untuk memastikan bahwa langkah-langkah yang diambil dapat memberikan dampak yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan global secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Nur et al. 2022. *Dasar-Dasar Epidemiologi*.
- HL.Bloom. 2022. "Materi HL Blum Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Dan Contohnya." In , 1–6.
- Najmah, SKM, MPH. 2019. *Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. Depok.
- Sulistyawati. 2021. "Buku Ajar Global Health." *CV Mine*: 248.
[http://eprints.uad.ac.id/27863/1/BUKU_AJAR_GLOBAL_HEALTH_compressed %281%29.pdf](http://eprints.uad.ac.id/27863/1/BUKU_AJAR_GLOBAL_HEALTH_compressed%281%29.pdf).

BAB 10

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Oleh Yusriani

10.1 Pendahuluan

Entitas hukum sosial yang disebut desa, dicirikan oleh batas wilayah yang sah dan memiliki kewenangan untuk mengelola tata pemerintahan serta urusan masyarakat setempat. Hal ini dilakukan berdasarkan inisiatif kolektif, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui serta dihormati dalam kerangka Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014, pasal 1). Dalam perangkat hukum ini, diakui bahwa Desa memiliki otonomi, memberikan kesempatan bagi pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan dinamika internal masyarakatnya. Oleh karena itu, penting untuk memberikan perhatian seimbang dalam implementasi otonomi daerah, mengingat peran strategis Desa yang, dengan keberlanjutan dan stabilitasnya, secara langsung mempengaruhi realisasi otonomi daerah. Pengembangan otonomi asli Desa didorong oleh landasan, visi, dan misi yang kokoh, dengan tujuan menjaga efektivitas, efisiensi, dan optimalisasi otonomi daerah, karena pemerintahan Desa diakui berdasarkan prinsip-prinsip keanekaragaman, partisipasi, otonomi asli, dan demokratisasi dari segi konseptual.

Penguatan desa sebagai suatu keharusan tidak dapat diabaikan dalam upaya untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat, yang menjadi tujuan otonomi desa secara khusus dan otonomi daerah pada umumnya. Keberlanjutan fungsi desa dalam kerangka otonomi daerah memerlukan kesiapan lembaga sosial, politik, dan ekonomi desa itu sendiri. Oleh karena itu, peningkatan fungsi dan kelembagaan desa memiliki makna yang sangat strategis, karena pemerintah desa berfungsi sebagai entitas utama dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan menjadi pilar utama untuk mencapai kesuksesan seluruh program.

Kesulitan dalam memisahkan konsep pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) dan pembangunan masyarakat (*community development*) seringkali timbul karena terjadi tumpang tindih dalam penggunaan keduanya di masyarakat. Melalui upaya yang disengaja oleh pemerintah, analisis ini mencermati bahwa pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) dan pembangunan masyarakat (*community development*) memiliki arti penting. Kedua konsep tersebut merujuk pada inisiatif pemerintah untuk memfasilitasi partisipasi aktif masyarakat lokal dalam berbagai aspek, seperti perencanaan, pengambilan keputusan, dan pengelolaan sumber daya yang dimiliki. Dengan demikian, diharapkan bahwa melalui proses tersebut, masyarakat akan memperoleh kapasitas dan kemandirian secara ekonomi, ekologi, dan sosial yang berkelanjutan. Dengan melibatkan konsep pembangunan berkelanjutan (*sustainable development*), dapat diidentifikasi bahwa pemberdayaan masyarakat memiliki keterkaitan yang substansial. Keberlanjutan kemandirian masyarakat dalam dimensi ekonomi, ekologi, dan sosial yang senantiasa dinamis menjadi syarat prasyarat penting yang harus dipertimbangkan dalam konteks ini (Yusriani, 2018).

Dalam ranah konsep pembangunan ekonomi, pemberdayaan masyarakat dapat dipahami sebagai suatu paradigma yang melibatkan nilai-nilai sosial. Paradigma pembangunan ini mencerminkan pendekatan yang berorientasi pada manusia (*people-centered*), partisipatif, memberdayakan, dan berkelanjutan (Chambers, 1995). Konsep ini tidak hanya terbatas pada pemenuhan kebutuhan dasar atau penyediaan mekanisme untuk mencegah kemiskinan lebih lanjut, seperti yang diperkenalkan dalam pemikiran terkini sebagai alternatif terhadap konsep-konsep pertumbuhan pada periode sebelumnya.

Pemberdayaan masyarakat merupakan inisiatif yang bertujuan meningkatkan taraf hidup dan kedudukan sosial kelompok masyarakat yang pada saat ini menghadapi keterbatasan untuk mengatasi tantangan kemiskinan dan ketertinggalan. Secara esensial, pemberdayaan mencakup proses memberikan kemampuan dan kemandirian kepada masyarakat (Rahman, 2020).

Implementasi konsep pemberdayaan tidak hanya difokuskan pada kegiatan ekonomi masyarakat, melainkan juga mencakup aspek-aspek lain yang berhubungan dengan kesejahteraan, seperti kesehatan. Kesehatan merupakan elemen krusial dalam struktur masyarakat dan dapat berperan sebagai indikator tingkat kesejahteraan suatu komunitas. Oleh karena itu, untuk mengangkat masyarakat dari kondisi kemiskinan dan keterbelakangan, perlu dilakukan pemberdayaan dalam dimensi kesehatannya.

10.2 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Dalam konteks konseptual, pemberdayaan atau pemberkuasaan (*empowerment*) merujuk pada kata 'power' (kekuasaan atau keberdayaan). Menurut Mas'ood, dalam konsep pemberdayaan, tindakan didefinisikan sebagai upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau penguatan (*strengthening*) kepada masyarakat. Pemahaman konsep pemberdayaan mencakup penyediaan sumber daya, kesempatan, pengetahuan, dan keterampilan kepada masyarakat. Langkah ini diartikan sebagai upaya meningkatkan kapasitas diri mereka. Dengan demikian, tujuannya adalah agar masyarakat dapat secara aktif menentukan arah masa depan, serta berpartisipasi dan memiliki pengaruh yang signifikan dalam kehidupan komunitas mereka.

Sutoro menyatakan bahwa pemberdayaan merupakan suatu proses yang melibatkan pengembangan, pemberdayaan, pemberian swadaya, dan penguatan adanya posisi tawar-menawar masyarakat lapisan bawah terhadap kekuatan penekan di berbagai bidang dan sektor kehidupan menjadi fenomena yang menarik untuk dianalisis. Dalam kerangka ini, konsep pemberdayaan masyarakat desa dapat diinterpretasikan melalui dua perspektif yang saling terkait. pertama-tama, pemberdayaan dapat diartikan sebagai konsep yang menitikberatkan pada penempatan masyarakat sebagai subyek yang bertindak secara mandiri. Artinya, masyarakat dianggap sebagai entitas yang memiliki peran aktif dalam mengelola dan mengembangkan potensinya sendiri, bukan sebagai objek pasif yang hanya menerima bantuan dari pihak luar seperti pemerintah. Meskipun masyarakat bertindak secara mandiri, hal ini tidak berarti

mereka lepas dari tanggung jawab negara. Pelayanan publik seperti kesehatan, pendidikan, perumahan, transportasi, dan sebagainya tetap merupakan tugas dan tanggung jawab negara secara inheren.

Pemberdayaan masyarakat dapat dipahami sebagai penguatan posisi dan kemandirian masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan, baik ekonomi, ekologi, maupun sosial. Dua perspektif utama dalam konsep pemberdayaan masyarakat desa mengacu pada penempatan masyarakat sebagai subyek yang bertindak secara mandiri, bukan sebagai objek yang hanya menerima bantuan dari pihak luar seperti pemerintah. Masyarakat yang mandiri sebagai partisipan aktif menunjukkan adanya peluang dan kapasitas untuk mengembangkan potensi kreatif, mengontrol lingkungan dan sumber daya mereka sendiri, menyelesaikan masalah secara mandiri, dan berperan dalam menentukan proses politik di tingkat negara. Sebagai konsekuensinya, masyarakat turut serta secara aktif dalam proses pembangunan dan pemerintahan.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 dan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa membuka peluang untuk menerapkan paradigma baru dalam pembangunan desa di Indonesia. Pemberdayaan Masyarakat Desa, sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 1 ayat (12) Undang-Undang No 6 Tahun 2014 tentang Desa, diartikan sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran, dan memanfaatkan sumber daya masyarakat Desa melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, dan pendampingan yang sesuai dengan hakikat permasalahan dan prioritas kebutuhan mereka. Dalam rangka mencapai tujuan ini, diperlukan usaha agar desa memiliki kemampuan mandiri dalam mengelola wilayahnya. Pembangunan masyarakat desa sebagai suatu program yang berfokus pada pembentukan individu secara menyeluruh harus melibatkan seluruh lapisan masyarakat, dari yang muda hingga yang tua.

10.3 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Misi pemberdayaan masyarakat adalah mendukung kemajuan masyarakat dalam meningkatkan kapasitasnya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Melalui pemberdayaan tersebut,

masyarakat diberikan dukungan untuk mencapai tingkat kemandirian yang memungkinkan mereka melaksanakan aktivitas secara mandiri dan mengatasi permasalahan dengan rasa percaya diri. Hal ini membuka peluang bagi masyarakat untuk mengungkapkan pandangan atau aspirasi mereka, serta aktif berpartisipasi dalam kegiatan sosial.

Adapun menurut Mardikanto mengemukakan, ada enam tujuan dari pemberdayaan masyarakat, yakni adalah sebagai berikut:

1. Perbaikan Kelembagaan (*Better Institution*)

Melalui peningkatan aktivitas dan perilaku yang diimplementasikan, diharapkan dapat mengoptimalkan struktur kelembagaan dan memajukan pengembangan jejaring kemitraan usaha.

2. Perbaikan Usaha (*Better Business*)

Peningkatan semangat dalam proses pembelajaran, peningkatan aksesibilitas dalam ranah bisnislitas, serta perbaikan aktivitas dan struktur kelembagaan, diharapkan dapat meningkatkan kinerja dan hasil bisnis yang sedang dijalankan..

3. Perbaikan Pendapatan (*Better Income*)

Melalui optimalisasi operasional bisnis, diantisipasi terjadinya peningkatan pada tingkat penghasilan perusahaan, dengan dampak positif terhadap pendapatan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan.

4. Perbaikan Lingkungan (*Better Environment*)

Optimasi pendapatan diharapkan mampu mendukung perbaikan kondisi lingkungan, baik secara fisik maupun sosial, mengingat kerusakan lingkungan seringkali berkaitan dengan tingkat kemiskinan atau keterbatasan penghasilan.

5. Perbaikan Kehidupan (*Better Living*)

Dengan peningkatan taraf pendapatan dan perbaikan kondisi lingkungan dapat mengakibatkan peningkatan kualitas hidup individual di dalam setiap keluarga masyarakat.

6. Perbaikan Masyarakat (*Better Community*)

Kemajuan dalam kualitas hidup didukung oleh peningkatan baik dalam aspek fisik maupun sosial lingkungan, dengan harapan dapat mewujudkan perbaikan pada kehidupan masyarakat secara keseluruhan.

10.4 Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Ada beberapa strategi yang dapat menjadi pertimbangan untuk dipilih dan kemudian diterapkan dalam pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Menciptakan Iklim, Memperkuat Daya, dan Melindungi.

Dalam upaya memberdayakan masyarakat dapat dilihat dari tiga sisi, yaitu antara lain sebagai berikut :

- a. Dalam menciptakan kondisi atau atmosfer yang memfasilitasi perkembangan potensi masyarakat (*enabling*), prinsip dasarnya adalah menyadari bahwa setiap individu dan komunitas memiliki potensi yang dapat diperluas. Hal ini menunjukkan pendekatan induktif yang mendasarkan upaya fasilitasi pada pengakuan akan potensi yang dimiliki oleh setiap anggota masyarakat.
- b. Dalam mengembangkan pemberdayaan masyarakat, langkah penting adalah peningkatan kapabilitas atau daya yang dimiliki oleh masyarakat (*empowering*). Pemberdayaan ini terfokus pada peningkatan tingkat pendidikan, status kesehatan, dan aksesibilitas terhadap faktor-faktor kemajuan ekonomi, termasuk modal, teknologi, informasi, lapangan pekerjaan, dan pasar. Upaya pemberdayaan mencakup pembangunan infrastruktur dasar fisik seperti sistem irigasi, jaringan jalan, pasokan listrik, serta infrastruktur sosial seperti institusi pendidikan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Semua ini dapat diakses oleh masyarakat pada lapisan terbawah, termasuk ketersediaan lembaga-lembaga pendanaan, pelatihan, dan pemasaran di wilayah pedesaan. Program khusus diperlukan untuk masyarakat yang kurang berdaya, karena program-

program umum tidak selalu mencakup lapisan masyarakat ini. Pemberdayaan tidak hanya berfokus pada peningkatan kapasitas individu-individu di dalam masyarakat, tetapi juga melibatkan reformasi struktural. Aspek ini mencakup penanaman nilai-nilai budaya modern, seperti etos kerja, pengelolaan sumber daya secara bijak, keterbukaan, dan akuntabilitas, sebagai bagian integral dari upaya pemberdayaan. Pembaruan institusi-institusi sosial dan integrasinya ke dalam upaya pembangunan, bersama dengan peran masyarakat di dalamnya, juga perlu mendapatkan perhatian. Yang paling esensial di sini adalah peningkatan partisipasi rakyat dalam proses pengambilan keputusan yang memengaruhi kehidupan mereka dan masyarakat. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat sangat terkait dengan penguatan, penghormatan, dan implementasi nilai-nilai demokrasi.

- c. Memberdayakan juga mencakup arti perlindungan. Dalam proses pemberdayaan, perlu dihindari agar yang kurang berdaya tidak semakin rentan, karena kelemahan mereka dalam menghadapi yang lebih kuat. Maka, esensi konsep pemberdayaan masyarakat terletak pada perlindungan dan pemberian hak kepada pihak yang lemah. Perlindungan di sini bukanlah mengisolasi atau menyembunyikan dari interaksi, karena tindakan tersebut malah akan melemahkan pihak yang kecil dan merugikan yang lemah. Perlindungan seharusnya diartikan sebagai upaya untuk mencegah terjadinya ketidakseimbangan dalam persaingan. Kemudian, dalam konteks ini, pemberdayaan masyarakat memiliki tujuan untuk menghindarkan masyarakat dari ketergantungan terhadap program bantuan. Prinsip dasarnya adalah bahwa segala sesuatu yang dinikmati seharusnya dihasilkan melalui usaha sendiri dan dapat dipertukarkan dengan pihak lain. Selain itu,

pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk melawan eksploitasi yang dilakukan oleh pihak yang lebih kuat terhadap yang lemah. Oleh karena itu, tujuan utamanya adalah memberikan kemandirian kepada masyarakat, memberdayakan, dan membangun kemampuan agar dapat meningkatkan diri menuju kehidupan yang lebih baik secara berkelanjutan.

2. Program Pembangunan Pedesaan

Sejumlah program pedesaan telah diinisiasi oleh pemerintah di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Program tersebut melibatkan pembangunan sektor pertanian, industrialisasi di wilayah pedesaan, pembangunan terpadu masyarakat desa, serta strategi pengembangan pusat pertumbuhan (Sunyoto Usman, 2004, Yuni Romalita, 2019).

10.5 Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Dalam rangka mewujudkan pemberdayaan masyarakat, dibutuhkan intervensi. Beberapa langkah intervensi telah direncanakan untuk mencapai kesuksesan dalam pemberdayaan tersebut. Sebagai bagian dari strategi pengembangan masyarakat, langkah-langkah yang diterapkan lebih difokuskan. Proses pemberdayaan masyarakat diharapkan dapat terwujud secara efektif melalui pengembangan masyarakat yang dijalankan (Zubaedi, 2007). Adi (2013) juga menyatakan bahwa tahapan dalam proses pengembangan masyarakat melibatkan beberapa langkah berikut :

1. Tahap Persiapan (*engagement*)

Tahap persiapan dalam pelaksanaan program pengembangan masyarakat melibatkan dua aspek, yakni persiapan petugas dan persiapan lapangan. Persiapan petugas menjadi esensial untuk mengharmonisasikan pandangan tim terkait pendekatan yang akan diadopsi dalam merancang dan mengimplementasikan pengembangan masyarakat. Sementara itu, persiapan lapangan melibatkan penilaian kelayakan daerah sasaran, yang dapat dilakukan melalui studi formal maupun informal. Setelah menemukan wilayah yang akan

- dikembangkan, petugas diharapkan dapat memperoleh izin formal dari pihak berwenang. Selain itu, penting juga bagi petugas untuk menjalin relasi dengan tokoh-tokoh informal guna memastikan terjalinnya hubungan yang baik dengan masyarakat setempat.
2. Tahap Pengkajian (*assessment*)
Proses evaluasi dilaksanakan dengan cara mengidentifikasi permasalahan atau kebutuhan yang dinyatakan oleh komunitas target, sekaligus mengidentifikasi sumber daya yang dimiliki oleh komunitas tersebut. Partisipasi aktif masyarakat sangat ditekankan, sehingga permasalahan yang muncul bersumber langsung dari pandangan dan pengalaman mereka sendiri. Petugas bertugas sebagai fasilitator untuk membantu warga menyusun prioritas permasalahan yang mereka kemukakan. Temuan dari evaluasi ini akan menjadi dasar untuk tahapan berikutnya, yakni tahap perencanaan.
 3. Tahap Perencanaan Alternatif Kegiatan (*Planning*)
Pada tahap ini, terdapat inisiatif dari petugas untuk secara aktif melibatkan partisipasi warga secara partisipatif. Proses ini melibatkan warga dalam merenungkan permasalahan yang dihadapi, merancang solusi untuk mengatasi permasalahan tersebut, serta menyusun berbagai alternatif program dan kegiatan yang dapat diimplementasikan. Dengan demikian, terjadi sinergi antara petugas dan warga dalam merencanakan dan mengembangkan solusi yang relevan dengan konteks dan kebutuhan masyarakat.
 4. Tahap Formulasi Rencana Aksi (*Formulation Actionplan*)
Dalam tahap ini, terjadi interaksi aktif antara petugas dan kelompok-kelompok terkait dalam merumuskan serta menentukan program dan kegiatan sebagai respons terhadap permasalahan yang dihadapi. Pada titik ini, diharapkan bahwa petugas dan masyarakat telah berhasil mengkonseptualisasikan serta merinci tujuan jangka pendek yang ingin dicapai, termasuk langkah-langkah yang perlu diambil untuk mencapainya.

5. Tahap Implementasi Kegiatan (*Implementation*)

Dalam proses pengembangan masyarakat, tahap pelaksanaan memiliki signifikansi yang tinggi. Pentingnya tahap ini disebabkan oleh kemungkinan terjadinya penyimpangan implementasi rencana yang telah disusun dengan cermat di lapangan. Kerjasama yang baik antara pelaku perubahan, warga masyarakat, dan antar warga menjadi faktor krusial dalam menjaga konsistensi dan keberhasilan proses tersebut.

6. Tahap Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan suatu proses pengawasan yang dilakukan oleh warga dan petugas terhadap program yang sedang berlangsung. Pada tahap ini, disarankan untuk melibatkan warga dalam melakukan pengawasan secara internal, dengan harapan dapat membentuk suatu sistem keberlanjutan dalam masyarakat yang lebih mandiri dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Tujuan dari evaluasi adalah memberikan umpan balik yang berguna untuk meningkatkan kualitas kegiatan.

7. Tahap Terminasi (*Termination*)

Dalam konteks pengembangan masyarakat, tahap ini mencakup terminasi secara formal dari keterlibatan dengan komunitas sasaran, sering disebut sebagai tahap terminasi. Terminasi dilakukan bukan hanya karena diasumsikan bahwa masyarakat telah mencapai tingkat mandiri, melainkan lebih sering disebabkan oleh berakhirnya proyek sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan sebelumnya atau karena alokasi anggaran telah habis, dan tidak ada pihak penyandang dana yang bersedia melanjutkan program tersebut.

Ketujuh langkah intervensi di atas menciptakan sebuah proses siklikal yang dapat berulang dengan tujuan mencapai perubahan yang lebih positif, terutama setelah melalui evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan (monitoring). Siklus ini juga dapat mengalami perubahan arah pada beberapa tahapan lainnya, contohnya saat merumuskan rencana aksi, jika petugas dan

masyarakat menemukan keanehan atau perkembangan baru di masyarakat, mereka dapat memutuskan untuk melakukan penilaian ulang (reassessment) terhadap langkah-langkah yang telah diambil sebelumnya. Fleksibilitas semacam itu mencirikan sifat siklikal atau spiral dalam tahap pengembangan masyarakat.

10.5 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Pada suksesnya program pemberdayaan masyarakat, terdapat empat prinsip yang sering diaplikasikan, yakni prinsip kesetaraan, partisipasi, kemandirian, dan keberlanjutan. Berikut adalah penjelasan terhadap prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat tersebut:

1. Prinsip Kesetaraan

Prinsip fundamental dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat adalah prinsip kesetaraan atau kesejajaran antara komunitas dan lembaga yang melaksanakan program pemberdayaan, tanpa memandang jenis kelamin. Dinamika yang diupayakan melibatkan hubungan yang setara dengan mengembangkan mekanisme pertukaran pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan antara pihak-pihak terlibat. Setiap pihak saling mengakui kelebihan dan kekurangan masing-masing, sehingga terbentuklah proses saling belajar.

2. Partisipasi

Program pemberdayaan yang merangsang kemandirian masyarakat adalah program partisipatif, diatur, dilaksanakan, dipantau, dan dievaluasi oleh masyarakat. Namun, mencapai tingkat tersebut memerlukan waktu dan proses pendampingan dengan melibatkan pendamping yang memiliki tingkat komitmen yang tinggi terhadap pemberdayaan masyarakat.

3. Keswadayaan atau Kemandirian

Prinsip Keswadayaan menekankan penilaian dan penonjolan terhadap kemampuan masyarakat daripada mengandalkan bantuan eksternal. Pendekatan ini melihat individu yang kurang mampu tidak sebagai objek tanpa keterampilan ("the have not"), tetapi sebagai subjek yang memiliki keterampilan terbatas ("the have little"). Individu

tersebut memiliki kapasitas untuk menggali pengetahuan mendalam mengenai hambatan-hambatan yang dihadapi dalam usaha mereka, memahami kondisi lingkungan mereka, memiliki daya kerja dan tekad, serta mematuhi norma-norma sosial yang telah lama berlaku. Semua aspek ini perlu diidentifikasi dan dijadikan modal dasar untuk mendukung proses otonomi. Bantuan materi dari luar harus dipandang sebagai pendukung, sehingga bantuan tersebut tidak merugikan tingkat kemandirian masyarakat.

4. Berkelanjutan

Dalam rangka mencapai keberlanjutan, program pemberdayaan dirancang dengan fokus pada tahapan awal di mana peran pendamping lebih dominan daripada peran masyarakat. Namun, seiring berjalannya waktu, peran pendamping secara bertahap akan dikurangi hingga akhirnya dihapuskan, karena masyarakat diharapkan telah membangun kapasitas yang memungkinkan mereka mengelola kegiatan sendiri. Proses ini dilihat sebagai perjalanan evolusi yang melibatkan penurunan peran pendamping seiring dengan meningkatnya kemandirian masyarakat dalam mengelola program pemberdayaan.

10.6 Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat

Meskipun pemerintah telah menerapkan konsep pembangunan, tampaknya belum dapat memenuhi tuntutan masyarakat terkait dengan keadilan, pemerataan, dan keberpihakan kepada seluruh lapisan masyarakat. Dampaknya, sejumlah penduduk masih berada di bawah garis kemiskinan. Upaya pemerintah untuk meningkatkan keberpihakan pembangunan kepada kepentingan masyarakat kemungkinan besar akan melibatkan konsep pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai model pembangunan yang berorientasi pada kepentingan rakyat. Pemerintah, dalam menyikapi kondisi tersebut, telah mengeluarkan berbagai kebijakan sebagai respons terhadap tuntutan masyarakat:

1. Pada GBHN Tahun 1999 dan UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kebijakan Pemerintah terkait

- pemberdayaan masyarakat secara jelas dijabarkan. Dalam GBHN tahun 1999, khususnya dalam bagian "Arah Kebijakan Pembangunan Daerah," dijelaskan antara lain bahwa tujuan utama adalah "mengembangkan otonomi daerah secara luas, nyata, dan bertanggung jawab, dengan fokus pada pemberdayaan masyarakat, lembaga ekonomi, lembaga politik, lembaga hukum, lembaga keagamaan, lembaga adat, dan lembaga swadaya masyarakat, serta potensi masyarakat secara keseluruhan, dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).
2. Dalam konteks Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, disampaikan dengan tegas bahwa prinsip-prinsip mendasar yang terkandung dalam undang-undang ini adalah mendorong pemberdayaan masyarakat, merangsang prakarsa dan kreativitas, serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat
 3. Mencermati kedua rumusan Kebijakan Pemerintah diatas dapat disimpulkan bahwa "kebijakan pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan otonomi daerah.
 4. Dalam UU Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) Tahun 2000-2004 dan Program Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dinyatakan bahwa tujuan pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan keberdayaan masyarakat melalui penguatan lembaga dan organisasi masyarakat setempat, penanggulangan kemiskinan dan perlindungan social masyarakat, peningkatan kswadayaan masyarakat luas guna membantu masyarakat untuk meningkatkan kehidupan ekonomi, social dan politik.
 5. Dalam konteks Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, disampaikan dengan tegas bahwa prinsip-prinsip mendasar yang terkandung dalam undang-undang ini adalah mendorong pemberdayaan masyarakat, merangsang prakarsa dan kreativitas, serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat:

- a. Visi Pemberdayaan Masyarakat mengarah pada upaya meningkatkan tingkat kemandirian masyarakat sebagai tujuan utamanya.
- b. Misi Pemberdayaan Masyarakat mencakup pengembangan kemampuan dan kemandirian, di mana masyarakat secara bertahap memiliki kemampuan untuk membangun diri dan lingkungannya secara mandiri. Kemandirian dalam konteks pemberdayaan masyarakat merujuk pada tingkat kemajuan yang harus dicapai, sehingga masyarakat mampu membangun dan menjaga kelangsungan hidupnya berdasarkan kekuatan sendiri secara berkelanjutan. Hal ini berarti untuk membentuk bangsa yang mandiri, diperlukan fondasi ekonomi yang kokoh

10.7 Studi Kasus Pemberdayaan Masyarakat

1. Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Sragen

Dalam penanggulangan kemiskinan, Pemerintah Kabupaten Sragen mengadopsi dan menjalankan strategi, kebijakan, program, dan kegiatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat. Meskipun demikian, implementasi saat ini masih bersifat sektoral oleh masing-masing Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), dan kegiatan penanggulangan kemiskinannya dilakukan dalam bentuk :

- a. Pendekatan penanggulangan kemiskinan melibatkan keluarga sebagai basisnya.
- b. Pendekatan penanggulangan kemiskinan yang menekankan pada pemberdayaan masyarakat.
- c. Pendekatan penanggulangan kemiskinan yang berfokus pada usaha ekonomi mikro dan kecil, didukung oleh alokasi dana dari APBD (Kabupaten dan Provinsi) serta APBN.

Pengurangan tingkat kemiskinan di Kabupaten Sragen dilaksanakan melalui pelaksanaan program Kawasan Ramah Pelestarian Lingkungan (KRPL) yang diterapkan di berbagai desa di wilayah tersebut. Dalam konteks ini, Desa Bendo menjadi salah satu desa yang berhasil

mengimplementasikan program KRPL secara efektif, terutama melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat yang terintegrasi. Pendekatan ini memberikan hasil yang efektif dan tingkat keberlanjutan yang lebih tinggi. Seiring dengan beragamnya tingkat sosial ekonomi masyarakat, diperlukan solusi yang berbeda dan tepat sasaran untuk mengatasi setiap tingkatan kemiskinan.

Pada tahun 2012, implementasi program penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Sragen masih bersifat sektoral dan belum terkoordinasi secara optimal, Meskipun Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri (PNPM-Mandiri) telah diluncurkan sejak tahun 2007 dan Unit Pelayanan Terpadu Penanggulangan Kemiskinan (UPTPK) telah dibentuk, upaya untuk implementasi yang terkoordinasi baru dimulai pada tahun 2013. Inisiatif ini dimulai dengan pemetaan dan evaluasi program penanggulangan kemiskinan melalui KRPL

Melalui pembentukan Paguyuban di desa-desa, KRPL menjadi program pemberdayaan masyarakat yang melibatkan pendampingan dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan lembaga sosial di wilayah Sragen. Pendekatan ini menunjukkan penerapan prinsip pemberdayaan masyarakat dalam skala lokal. Program ini memiliki kemiripan dengan Kelompok Usaha Bersama (KUBE), namun dengan perbedaan pada jumlah anggota dan pelaksanaan pendampingan. Dalam implementasi program KRPL, pendampingan dilakukan secara berkelanjutan, mencakup pelatihan dan pelaksanaan kegiatan usaha. Pendampingan tersebut diselenggarakan oleh SKPD dan disesuaikan dengan keterampilan yang diberikan kepada kelompok masyarakat desa (paguyuban) selama proses pelatihan. Pendekatan ini menekankan keberlanjutan dukungan terhadap pengembangan keterampilan dan usaha masyarakat desa.

Evaluasi program pemberdayaan keluarga miskin di Desa Bendo menggambarkan keberhasilan yang mencolok. Dengan demikian, hasil evaluasi tersebut memperlihatkan

pencapaian positif dalam upaya meningkatkan kondisi keluarga miskin di desa tersebut. Bantuan modal usaha, pembinaan ketrampilan, dan dukungan dari berbagai instansi melalui dana APBD dan APBN telah memberikan dampak positif pada masyarakat setempat. Dalam evaluasi tersebut, kriteria-kriteria seperti kemampuan berusaha, peningkatan pendapatan, pengembangan usaha, dan peningkatan kepedulian terhadap kesetiakawanan sosial menjadi pokok penilaian. Dengan menganalisis aspek-aspek tersebut, evaluasi tersebut memberikan gambaran komprehensif mengenai efektivitas program yang dijalankan.

Umumnya, pelaksanaan program pemberdayaan Kawasan Ramah Pelestarian Lingkungan (KRPL) dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Sragen mengambil prinsip tribina, yang mencakup pembinaan lingkungan, pembinaan manusia, dan pembinaan sosial-ekonomi. Tahapan kegiatan melibatkan persiapan, pelaksanaan pemberdayaan, dan terminasi. Program ini dianggap berhasil karena mencapai nilai tinggi pada indikator evaluasi yang digunakan, menunjukkan keberhasilan sesuai dengan tujuan program pemberdayaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cholisin. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat (Disampaikan Pada Gladi Manajemen Pemerintahan Desa Bagi Kepala Bagian/Kepala Urusan Hasil Pengisian Tahun 2011 Di Lingkungan Kabupaten Sleman, 19-20 Desember 2011)*. 19-20. http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/tmp/PEMBERDAYAAN_MASYARAKAT.pdf
- Munawar, N. 2011. Pemberdayaan Masyarakat. *Jurnal Ilmiah CIVIS*, I(2), 87-99.
- Rahman, R., Sididi, M. and Yusriani, Y., 2020. Pengaruh Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Partisipasi Masyarakat Dalam Pengelolaan Sampah Di Kampung Nelayan Untia. *Jurnal Surya Muda*, 2(2), pp.119-131.
- Romalita, Y., Yusriani, Y., Alwi, M.K. and Serawati, S., 2019. Implementasi Prinsip Keterbukaan dalam Pemberdayaan Terhadap Keaktifan Kader Kesehatan untuk Mencegah Risiko Kematian Ibu. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice"*, 11(1), pp.39-42.
- Risma, W. D. 2021. Strategi Pemberdayaan Masyarakat dalam Peningkatan Kesejahteraan di Desa Handapherang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis. *E-Journal Inskripsi*, 1(1), 597-606.
- Sulistiyani, 2004. *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta : Graha Ilmu. 1. 1-74.
- Suyanto, & Pudjianto, B. 2015. Pemberdayaan Masyarakat Menuju Desa Sejahtera (Studi Kasus Di Kabupaten Sragen) *Community Empowerment Towards A Prosperous Village (Case Study In Sragen)* Suyanto. *Sosio Konsepsia*, 5(01), 17-35.
- Yusriani Y, Alwi MK. 2018. Buku ajar promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. *Book & Articles Of Forikes*. 2018 Mar 31;9:1-59.

BAB 11

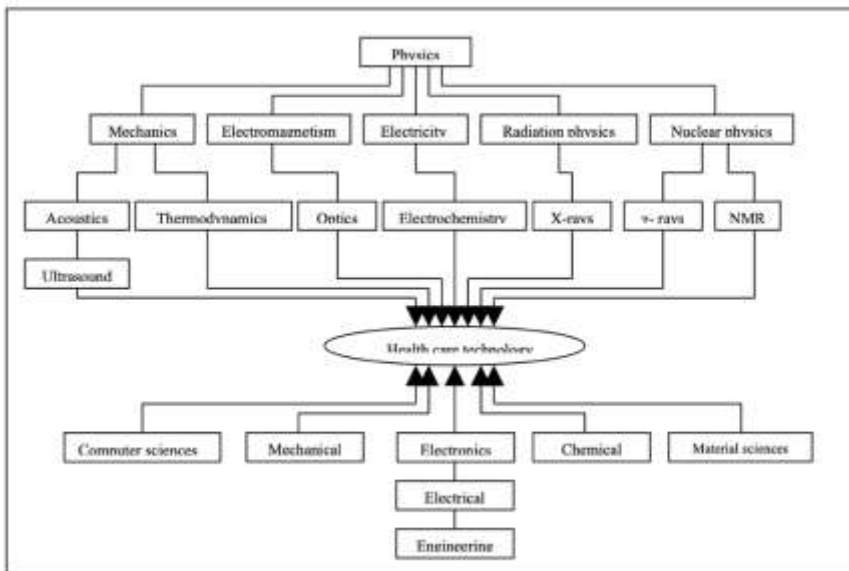
PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN – TEKNOLOGI KESEHATAN

Oleh Achmad Mawardi Shabir

11.1 Pendahuluan

Teknologi dalam revolusi pada sebuah bidang kesehatan kini sudah dicapai sampai waktu saat ini artinya adalah sesuatu hal berarti pada sebuah kehidupan sistem yang maju. andaiupun setelah adanya keterlibatan teknologi wajib dipergunakan dengan cermat dan cerdas, buat mengklaim jika kita melakukan dengan cara efektif serta dengan manusiawi. Teknologi yang digunakan dalam dunia kesehatan dengan benar akan tidak terhenti pada ilmu pengetahuan yang dikuasai, alat-alat bantu teknis atau mesin serta metode-metode namun tidak hanya ingin tahu tentang persoalan ekonomi, etika dan moral (Raymond, 1998).

Manusia dengan memiliki logika serta pribadi yang baik akan setiap saat berupaya untuk mencari dan melakukan sesuatu dengan teknologi untuk merekayasa alam dalam kehidupannya. Perkembangan yang menemukan serta menggunakan teknologi yang telah didapatkan dengan menjalani ilmu pengetahuan akan menggunakan perkembangan intelektual dan spritualnya dengan sebaik-baiknya. Menurut Anbar (1984), kesehatan yang menggunakan teknologi saat ini dicermati melalui perspektif secara peralatan instan akan mencakup semua jenis teknologi: mekanik, akustik, elektronik, elektrik, kimiawi, elektromagnetik, dan optik.



Gambar 11.1. Kontribusi disiplin-disiplin ilmu pada teknologi kesehatan

Sumber : Reiser. SJ., Anbar. M., 1984, *The Machine At The Bedside : Strategies for using technology in patient care.*, Cambridge : Cambridge University Press, hal 23-34

Dapat kita lihat pada gambar diatas yang bahwa teknologi kesehatan menunjukkan yang terlibat sebagian besar pada bidang ilmu pengetahuan adalah pemicu timbulnya teknologi kesehatan dari yang sederhana (thermometer, stetoskop) sampai yang sangat kompleks (CT Scan, MRI).

Defenisi sederhana kata teknologi berasal dari Bangsa Yuninai "techne" berarti seni (*art*) atau keterampilan (*craft*). Dasar dari kata ini dapat dikembangkan dengan istilah teknik atau teknologi. Teknik berarti cara, metode-metode atau keahlian agar dapat mencapai syarat sebeuah keterampilan pada bagian eksklusif. Teknologi memiliki beragam arti, antara lain : 1. Implementasi ilmu pengetahuan bagi banyak tujuan yang sederhana; (2) sebuah bentuk ilmu pengetahuan tentang cara melakukan sesuatu; (3) wadah dasar pada sebuah kelompok sosial untuk pemenuhan sektor-sektor material dari kebiasaannya. Teknologi diharapkan setiap saat ada

perkembangan bisakah berbentuk keterampilan atau menjadi sebuah pengetahuan terapan (*applied science*). Teknologi akan terus melaju dengan pesat dan akan dikembangkan sebab akan terdapat hambatan serta perubahan yang dapat ditemukan kapan saja. Dari Feeny, et al., (1986), teknologi kesehatan diartikan sebagai perangkat dari teknik, obat-obatan, dan mekanisme yang dilakukan dari ahli bidang kesehatan yang melaksanakan pelayanan medis pada seseorang (individu) serta pada kelompok individu. dari UU RI Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang tercantum dalam pasal ayat 42 dikatakan bahwa:

Ayat pertama, teknologi dan produk teknologi kesehatan diadakan untuk diteliti, diedarkan dan dikembangkan untuk dimanfaatkan bagi kesehatan warga negara.

Ayat ke dua, teknologi pada kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat pertama meliputi semua cara dan yang digunakan untuk pencegahan terjadinya penyakit, deteksinya penyakit, memudahkan penderitaan yang sebabkan penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi dan memulihkan kesehatan setelah sakit.

Berdasarkan Rogowski (2007) Teknologi dalam Kesehatan dibedakan pada 5 kelompok sebagai berikut: 1. Obat-obatan; diantaranya adalah beberapa bahan kimia dan substansi biologis yang digunakan buat makanan, dimasukkan kedalam tubuh manusia untuk keperluan kesehatan; 2. Peralatan (*device*) mencakup : alat-alat spesifik untuk bertujuan diagnostik dan terapi; 3. Prosedur bedah pada medis atau kombinasinya yang sering terjadi sangat beragam; 4. Sistem pendukung atau support system yang artinya penggunaan teknologi untuk mendukung jalannya pelayanan kesehatan di rumah sakit; 5. Sistem Organisasi yang bermakna penggunaan teknologi untuk menjamin jalannya pelayanan kesehatan yang efisien serta yang efektif.

Menjadi ikut serta dari perubahan global, pelayanan pada kesehatan saat ini serta sistem pelayanan kesehatannya terus dihadapkan perkembangan global yang signifikan dalam teknologi kesehatan. Perkembangan ini akan mempengaruhi tujuan pelayanan kesehatan yang disampaikan dan dipergunakan serta korelasi antara penyedia pelayanan kesehatan serta pemakai atau

pasien. Perkembangan yang cepat dalam teknologi kesehatan memberikan peluang (*opportunities*) serta tantangan-tantangan (*challenges*) dalam penyampaian pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi (*high quality*) dan efisien. di samping itu pula buat pengendalian terjadinya kesalahan medis (*medical error*), penurunan porto serta perbaikan korelasi pasien-dokter. Riset-riset pelayanan kesehatan dipusatkan di pengembangan teknologi (*technology development*) serta perangkat lunak klinis buat keberhasilan implementasi pada lingkungan pelayanan kesehatan.

Lebih asal 95% alat-alat medis yang dipergunakan pada rumah sakit, peralatan medis dan perbekalan medis yang digunakan sang rumah sakit masih diimpor (Malkin, 2008). Intinya produksi indera kesehatan lokal sedikit jumlahnya, bilamana terdapat dikendalikan sang perusahaan multinasional. Alat-alat medis yang diimpor 30% tidak berfungsi sebab penggunaannya tak disertai petunjuk yang lengkap dan tak dilengkapi dengan indera alat tambahan yang diharapkan, disamping kurang pembinaan terhadap operator yang menjalankan indera-indera tadi.

11.2 Tahapan-tahapan pengembangan teknologi kesehatan

Pengembangan mempunyai makna proses, cara mengembangkan agar menjadi maju, baik atau tepat. Pengembangan teknologi kesehatan dapat dibedakan dalam 4 tahapan : 1. Inovasi; 2. Peningkatan; 3. Pengumpulan atau penyebaran; 4. Evaluasi (Feeny, Guyatt and Tugwell, 1986).

1. Inovasi

Makna dari inovasi yang dimaksud yaitu merujuk pada pembaharuan kreatifitas pada perangkat atau cara, serta perpaduan komposisi sehingga menghasilkan aplikasi terbaru (Eden, 1984). Inovasi menimbulkan pembaharuan (*novelty*) pada sebuah pengetahuan dalam ilmu kedokteran, praktek kedokteran atau organisasi kesehatan lainnya. Sebagian besar inovasi diartikan beberapa dampak dari kemajuan yang banyak maupun sedikit dengan secara perorangan dan kiranya tanpa makna namun memiliki dampak yang banyak. Kemajuan teknologi yan semakin baru mungkin tidak mudah ditemukan

dalam perkembangannya jika hanya melangkah satu kali. Perubahan dan hasil perkembangan dari teknologi menjadikan perjalanan aktifitas yang berkelanjutan.

Dari McKinlay, (1981) mengemukakan ada 7 proses pada sebuah pembaharuan dalam bidang medis diantaranya: 1. Pelaporan awal dengan perjanjian sesuai keberhasilan, pembaharuan medis pada beberapa masalah yang tidak memiliki kontrol; 2. Penggunaan atau pengumpulan teknologi pada ahli dan organisasi kesehatan; 3. Pengakuan publik (pihak ketiga); 4. Peninjauan dengan cermat dan proses dasar dalam bentuk laporan; (5) pengacakan uji kendali (*randomize control trial*); (6) professional yang memiliki pengaduan; (7) hilangnya kepercayaan serta erosi pada teknologi.

Tahap yang paling serius ada pada proses ke lima, pengacakan uji kendali dimana begitu teliti dilaksanakan menggunakan peninjauan kembali pada klinis terkait pembaharuan yang baik. Pada umumnya hasilnya yang secara begitu saja agak rendah diminati dalam pembaharuan teknologi dibandingkan hasil permasalahan tanpa peninjauan kembali. Kemudian pada tahap enam terdapat beberapa fakta kurang baik pada riset uji klinik pengacakan pengendalian yang bisa mengakibatkan kecaman oleh para ahli. Hasil beberapa fakta dari masalah yang baik sepertinya dapat mengembangkan perhimpunan dari sebuah pembaharuan. Kemudian pengacakan kendali pada uji yang membantu implementasi klinis yang sepertinya semakin besar persetujuannya didapat yang berasal dari hasil kurang baik.

Dalam teknologi pembaharuan kesehatan adalah sebuah aktifitas berkelanjutan yang kurang memiliki pembaharuan teknologi horizontal. Pada umumnya diawali dari pengenalan sebuah kepentingan yang dimiliki oleh fasilitator primer dalam pelayanan kesehatan berperan sebagai pemeran yang mungkin paling paham dengan hal yang menjadi kebutuhan dan memberikan pernyataan tentang persoalan pada pelaksanaan medis dengan tepat.

Pelaksanaan pada teknologi dalam inovasi yang dasarnya dimulai dengan menggunakan sebuah pelaksanaan

pembaharuan ilmu pengetahuan dengan penelitian pemula. Peningkatan juga bermakna metode, dengan model pengembangan untuk dapat melangkah kedepan, teratur dan ideal. Kebanyakan lembaga pada universitas-universitas negara Indonesia mungkin masih ada yang tiddak memiliki pemahaman jika penelitian adalah 'jiwa' yang berasal dari lembaga atau pendidikan tinggi (universitas). Keterlibatan penelitian pada universitas pada saat ini dinilai rendah disebabkan keterbatasan alat pada laboratorium untuk setiap dosen pada penelitiannya sehingga tidak memiliki banyak kesempatan untuk memikirkan (*contemplating*) tentang bagian dari keahliannya. Peneliti kebanyakan membuang banyak penelitiannya hanya untuk mencapai kepentingan yang mendasar untuk kehidupan lebih baik. Mungkin banyak lagi persoalan harus ssegera diselesaikan akan tetapi kelengkapan pada laboratorium kemudian juga kesejahteraan peneliti yang minim menjadi tantangan besar yang ada di negara Indonesia.

2. Proses peningkatan teknologi

Pada saat ini kegiatan peningkatan pada teknologi terdapat perbedaan diantaranya: 1. Kemunculan teknologi (*Emerging Technology*) merupakan sebuah teknologi sementara diterapkan dalam situasi pengembangan di laboratorium inkubator atau sementara tahap uji coba laboratorium; (2) teknologi terbaru (*new technology*) dimana secara khusus sangat berbeda dengan teknologi yang telah terdapat sebelumnya. Teknologi ini terkadang memberikan perbaikan pada diagnosis dan ketepatan diagnosis, begitu juga dengan memberikan teknologi terapi yang baru. Pemodelan teknologi diagnostik baru: Multislices CT (*Computerized Tomograph*) scan yang jauh lebih baik jika disandingkan dengan CT scan tipe lama. Teknologi terapi baru: hegemoni endovaskuler, transplantasi organ, organ sintesis (Artifisial Organ), katup jantung prostetik. (3) teknologi terkini (*current technology, establish technology*) adalah teknologi yang sudah biasa dikenal, contohnya: MRI (*Magnetic Resonance Imaging*). (4) teknologi dimasa depan (*future technology*) seperti : sistem mikroelektro

mekanik, robotik dapat membantu pembedahan sebagai pengembangan dari kombinasi ilmu fisika, Teknik dan Ilmu informasi, Nano teknologi, Rekayasa Genetik dan lain sebagainya.

3. Difusi teknologi

Difusi teknologi merupakan salah satu proses pada teknologi yang memasuki dan termasuk bagian sebuah sistem pelayanan kesehatan (Banta and Behney, 1981). Tahapan ini mengikuti rencana penelitian serta pengembangan yang mungkin juga tidak mengikuti uji klinik yang begitu teliti dalam menunjukkan efikasi dan keselamatan pasien. Di awal tahap difusi yang biasanya berjalan lambat, hal ini telah menunjukkan keseriusan dalam hati-hati dari beberapa pengguna atau hal yang memperlihatkan sebuah tantangan berkomunikasi dalam penjelasan terkait pembaharuan yang telah pernah dikembangkan. Banyak riset telah dilaksanakan untuk membagikan pembuat keputusan dan mempengaruhi difusi serta tantangan yang menjadi hambatan telah dihadapi oleh setiap orang terhadap sebuah keputusan buat penggunaan teknologi tersebut. Untuk rumah sakit terkadang terhambat pada penggunaan anggaran yang terbatas atau terkendala pada sumber daya manusianya.

Dari beberapa hasil uji klinik juga pengalaman yang terjadi pada aktifitas pada medan lapangan dipengaruhi pada sikap atau kebiasaan dokter. Apabila hasilnya positif pada difusi maka akan berlangsung dengan gesit dan berkelanjutan hingga terdapat alat yang terbaru dan kemudian tergantikan. Apabila banyak fakta klinis yang kejelasannya tidak ada maka diperkirakan menghambat perlahan difusi atau mungkin menghilangkan alat yang tadi.

4. Evaluasi

Sudah banyak peninjauan Kembali atau evaluasi pada teknologi bidang kesehatan dan terkait dengan beberapa factor yaitu antara lain; a. potensi terapi, b. kemampuan untuk diagnosis dan skrining, c. efektifitas pada masyarakat, d.

ketaatan pada pasien dan e. seluruh cakupannya (Tugwell et al., 1986).

a. Potensi untuk terapi

Penilaian dari penilaian terhadap teknologi kesehatan sebaiknya dapat dihubungkan kepada pengguna yang mampu mengoperasikan teknologi terbaru agar menaikkan tingkat kesehatan dengan cepat ataupun pelan-pelan. Pada persoalan saat ini harus perhatikan sebagai tanda tanya merupakan terapi dengan teknologi terbaru adalah sebuah hal yang memiliki nilai positif dibandingkan nilai negatifnya terhadap pasien yang hasil diagnosanya dianggap cukup tepat, kemudian diobati dengan sempurna serta patuh pada rekomendasi pengobatan tersebut.

b. Kemampuan buat penaksiran dan skrining.

Saat ini teknologi diperuntukkan pada diagnosis serta skrining yang mungkin artinya sebuah area yang berkembang sangat cepat pada kesehatan berteknologi, contohnya kemajuan pada CT-Scan serta MRL. Pada umumnya alat tersebut digunakan untuk diagnose dan skrining yang berkaitan dalam penggunaan pemanfaatan terhadap terapi untuk peningkatan hasil akhir yang baik (*outcome*).

Semua persoalan saat ini dilihat berbeda pada macam tingkatan diantaranya: 1. Pemahaman pada teknologi diagnostik berfungsi membagi kinerja dengan cermat dan spesifik dilingkungan laboratorium, 2. Sebuah akurasi diagnostik. Teknologi ini memberikan banyak informasi yang mungkin personil kesehatannya membuat lebih tepat sasaran dalam penilaiannya diberat atau ringannya sebuah penyakit, 3. Pengaruh dari pemberi layanan. Banyak teknologi memberikan seseorang tenaga kesehatan yang konsisten pada diagnosis dan oleh karena itu membuat tingkat kecemasan berkurang dan kenyamanan menjadi meningkat, 4) Dampak terapi. Dari keputusan terapi yang disusun oleh profesional kesehatan bisa berubah sebagai hasil perangkat lunak teknologi, 5)

outcome seorang pasien bisa memilih perangkat lunak teknologi yang bermanfaat bagi dirinya.

c. Efektivitas di masyarakat

Panduan dalam menentukan sebuah efektivitas dari teknologi ditengah masyarakat sangat perlu dilibatkan dalam evaluasi yang memberikan peningkatan derajat kesehatan yang bisa diandalkan sebagai efek alat yang berasal dari teknologi yang canggih pada masyarakat atau kelompok sederhana. Ketaatan para ahli kesehatan adalah sebuah komponen efektifitas dalam penggunaan teknologi pada masyarakat yang diharapkan untuk sebuah informasidari para ahli kesehatan itu patuh pada teknologi yang dibutuhkan agar hasil dari aplikasi diagnosa itu tepat pada teknologi manajemen (pencegahan, penyembuhan paliatif dan rehabilitasi). Dibutuhkan pendidikan kedokteran berkelanjutan sangatlah penting buat menjamin bahwa dokter dan profesional kesehatan terlibat secara aktif pada penerapan teknologi yang berkembang.

d. Evaluasi kepatuhan masyarakat

Sejauh mana sebuah kepatuhan masyarakat pada pemberi pelayanan kesehatan pada sebuah persoalan rekomendasi dan terapi yang bisa dievaluasi tergantung dari asal jenis teknologi yang secara substansial mempengaruhi besarnya manfaat yang diperoleh darinya.

e. Cakupan Evaluasi (*Evaluation Coverage*)

Yang dimaksud dari cakupan adalah seberapa jauh teknologi yang bermanfaat diterapkan secara tepat terhadap segala elemen pasien atau rakyat yang mendapatkan manfaat darinya. Cakupan menggambarkan apakah pasien secara perorangan perlu atau tidak sebuah teknologi tersebut.

11.3 Tantangan dan kebutuhan teknologi di masa depan

11.3.1 Tantangan masa depan

Terkait masalah serta tantangan dimasa depan haruslah berdasarkan dengan kepercayaan bahwa sebagai panggilan diri manusia yang artinya untuk menetapkan rahasia alam dan mencari asal muasal yang ada di dunia ini (Bone, 1988). Kedewasaan ini pada penelitian bukan sekedar inisiatif pribadi akan tetapi telah menjadi bagian kolektif dan serius yang semakin tinggi jumlahnya untuk mengembangkan kemanusiaan dan juga merupakan tugas masyarakat agar bisa mempertahankan kelangsungan hidup dan lingkungannya secara keseluruhan. Saat ini teknologi merupakan satu-satunya instrumen untuk meberikan nilai tambah (*added value*), maka penguasaan dan kemampuan menciptakan teknologi menjadi masalah yang krusial. Menguasai ilmu pengetahuan adalah syarat bagi terciptanya teknologi modern (Besari, 2008). Hal ini berarti bahwa manusia seharusnya menjamin selain teknologi yang sudah ada atau telah mapan (*established technology*) dan juga teknologi yang maju dimasa depan (*future technology*), diikuti dengan meningkatnya kebutuhan manusia.

Terkait import teknologi medis serta ekspor teknologi medis pada negara berkembang Turki yang memiliki pendapatan lebih dari USD 200 milyar per tahun yang merupakan hasil penelitian dari (Semin, Güldal and Demiral, 2007). pada penelitian tersebut teknologi medis diklasifikasi menjadi tiga golongan primer: 1. Perbekalan medis atau medical supplies misalnya benang jahit buat operasi, prostesis, macam-macam kateter, film X-ray, macam-macam perban serta sebagainya. 2. Peralatan medis atau medical devices misalnya indera-indera laboratorium klinik, indera-indera bedah, mikroskop, CT-Scan, MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), USG (*Ultrasonografi*), EKG (*Elektro Kardiografi*), elektroterapi, indera pengukur tekanan darah dan sebagainya. 3. Bahan-bahan kimia medis (*medical chemical*), mirip bahan obat, vaksin, reagen diagnostik. Data (Semin, Güldal and Demiral, 2007), import serta ekspor tahun 2003 ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 11.1. Import dan ekspor teknologi medis kesehatan di Turki tahun 2003

Kelompok teknologi medis	Import	Eksport
	(Juta USD)	(Juta USD)
Perbekalan medis	297,4	32,9
Peralatan medis	396,7	22,1
Bahan kimia medis	2733,8	248,1
Total	3427,9	303,2
Ratio Eksport/Import	8,8%	

Sumber: Semin, S., Guldal, D., Demirah, Y., 2007. Globalization and Trends of Medical Technology Trade in Turkey. *Health Policy*, 81: 320-327

Semakin tingginya import pada teknologi medis dan rendahnya di ekspor teknologi medis saat evaluasi telah menjadi indikator penting yang menunjukkan meningkatnya kebutuhan pelayanan medis pada negara tersebut kemudian masih bergantung pada produk teknologi kesehatan negara lain. Jadi dapat disimpulkan teknologi medis yang di import +/- 91,2%, hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Malkin (2008), bahwa beberapa negara berkembang diperkirakan mengimport kebutuhan teknologi medis 95 %, hal ini juga kemungkinannya berlaku bagi negara Indonesia. Hingga saat ini belum mendapatkan data yang cukup tepat tentang jumlah teknologi medis yang diimport di negara kita.

Belum ada invensi dan pengungkapan ilmu pengetahuan (*discovery*) yang sempurna dari awal. Semua peralatan medis atau kesehatan pasti pernah mengalami kecacatan, perbaikan dan modifikasi sebelum menjadi produk yang sempurna sehingga berguna bagi peningkatan derajat kesehatan. Pada proses pengembangan teknologi bisa saja kegagalan terjadi dikarenakan pada proses berinovasi kita belum mengetahui apakah sebuah kreasi atau invensi telah menjadi produk yang sukses atau tidak sebelum dilakukan uji coba atau menguji secara berulang-ulang.

11.3.2 Kebutuhan masa depan

1. Transfer Teknologi

Pada negara berkembang seperti Indonesia dasarnya masih relatif miskin dengan teknologi hasil pengembangan sendiri dimana teknologi banyak yang beroperasi atau digunakan pada masyarakat adalah hasil import yang berasal dari negara lain. Sehingga perspektif dari masyarakat yang mengadopsi teknologidari luar memiliki dampak di 3 macam proses sosial yang berbeda satu sama lain: 1. Inovasi transfer teknologi (*Transfer of Technology*), 2. Penggunaan teknologi (*Operation Technology*), 3. Kunsumsi teknologi (*Consuming Technology*). Transfer dalam teknologi diharapkan menginduksi kemampuan produksi teknologi serupa dan memelihara (*maintenance*) teknologi secara berkala.

Seharusnya bidang kesehatan khususnya kedokteran perlu uji coba yang bisa dimulai dari tingkat laboratorium, percobaan pada hewan, uji klinis terbatas, uji klinis kendali secara acak, dan pemanfaatan di masyarakat luas. Jika dalam proses percobaan kemudian dihadapkan dengan kegagalan seharusnya kita maju terus dan pantang mundur walaupun perbaikannya memerlukan beberapa tahun dan tentu saja dengan resiko menghabiskan sumber daya keuangan dan sumber asal lain yang lebih baik. Seseorang harus siap dalam menghadapi kegagalan dan siap belajar dari kegagalan tanpa mengambil resiko kegagalan yang tidak akan pernah menemukan yang lebih baik buat membentuk suatu produk, proses dan material yang lebih bermanfaat bagi upaya peningkatan derajat negara sendiri.

2. Teknologi tepat Guna

Pada teknologi kesehatan yang tepat guna seringkali disalah artikan sebagai teknologi dengan memandang bahwa peralatannya harus sederhana. Menurut Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO 1984). Teknologi kesehatan tepat guna atau *appropriate health technology* adalah metoda-metoda, prosedur-prosedur, teknik-teknik, serta alat-alat yang secara ilmiah legal dan sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan lokal

sehingga dapat diterima bagi yang menggunakannya dan dapat dipelihara serta dimanfaatkan dengan sumber masyarakat atau negara yang menyediakan. Hambatan-hambatan daripada teknologi kesehatan tepat guna berdasarkan Malkin (2008), Pertama, persebaran teknologi kesehatan yang masih kurang jelas organisasinya, kedua, masih sedikitnya jumlah produksi alat kesehatan lokal, ketiga, pengguna masih kurang mengetahui cara penggunaan alat-alat yang baru, kurangnya pengembangan ilmu pengetahuan dalam bentuk pelatihan untuk menggunakan alat-alat baru. Untuk menentukan apa memang teknologi tersebut memenuhi syarat atau tidak pada *Centers for Medical care and medical Services* (CMS) sehingga membuat kriteria sebagai berikut (Clyde *et al.*, 2008): 1. Sebuah pilihan teknologi terapi yang menyampaikan bagi populasi pasien yang tidak merespon atau tidak memenuhi syarat menggunakan terapi yang tersedia saat ini. 2. Teknologi saat ini memberikan kemampuannya untuk sebuah diagnosis kondisi pasien yang sebelumnya tidak terdeteksi dengan metode yang tersedia saat ini atau mampu mendiagnosa kondisi medis pasien lebih awal. Harus ada bukti juga bahwa penggunaan alat tadi dapat memberikan sugesti manajemen pasien, 3. Teknologi baru dalam penggunaannya secara bermakna memperbaiki hasil (*outcome klinis*) bagi pasien, jika dibandingkan penggunaan teknologi yang tersedia saat ini. Hasil atau *outcome* yang tak jarang dievaluasi pada penelitian alat-alat medis adalah tentang kemampuannya, menurunkan angka mortalitas, komplikasi yang terkait dengan pemakaian alat, bagaimana menurunkan jumlah lamanya hari untuk merawat di tempat rumah sakit (*length of stay*), sehingga dapat memberikan waktu yang singkat dalam proses penyembuhan penyakit dan mengurangi waktu saat pemulihan.

Masih banyak hambatan dan tantangan dalam pengembangan kemajuan teknologi kesehatan pada negara berkembang, oleh karena itu sebuah pilihan yang cukup rasional jika teknologi kesehatan yang tepat guna dapat diambil dengan langkah-langkah sebagai berikut : 1. Memahami kebutuhan teknologi di tengah masyarakat menggunakan pada

penelitian bagaimana pasar pada rumah sakit pemerintah maupun swasta serta sektor-sektor dalam upaya pelayanan kesehatan yang lain untuk mendapatkan gambaran yang tepay tentang teknologi kesehatan apa saja yang dibutuhkan saat ini, 2. Pahami akan perumusan masalah teknologi dengan menggunakan perencanaan dalam pengembangan desainnya, 3. Berupaya menyelesaikan pemecahan masalah. Dalam upaya pemecahan masalah dapat didesain suatu model atau prototipe. Misalnya adalah citra bayangan mengenai kenyataan yang tergantung pada obyek atau proses yang diperlihatkan serta tujuan penggunaannya, 4. Evaluasi dalam perencanaan untuk mendapatkan alternatif lain, 5. Mengambil alternatif yang tepat dengan kebutuhan, 6. Membuat produk atau proses teknologi yang diikuti dengan difusi dan distribusinya.

Dalam membuat perkembangan rancangan bangun atau desain diperlukan kolaborasi antara lembaga penelitian, universitas, unit-unit pada universitas, fakultas kedokteran, pemerintah (Kementerian Kesehatan) dan para pengusaha di industri.

3. Kebutuhan Teknologi Kesehatan

Kebutuhan dalam teknologi kesehatan sama halnya dengan kebutuhan manusia (*human need*) yang timbul secara alami dari diri manusia untuk memenuhi segala kebutuhan pada kehidupannya menjadi alat pemuas kebutuhan hidupnya yang erat kaitannya dalam pelayanan kesehatan. Keinginan tersebut diwujudkan dalam permintaan dengan bentuk mencari penyedia atau provider layanan kesehatan. Pihak yang meminta serta menggunakan pelayanan kesehatan disebut sebagai pengguna (*user*) atau konsumen. Sedangkan penyedia pelayanan kesehatan (*health service provider*) merupakan pihak yang bisa saja memberikan suatu layanan eksklusif pada konsumen baik berupa jasa-jasa maupun juga barang.

Dapat dirumuskan pada kebutuhan (*need*) memperlihatkan perbedaan antara apa yang diinginkan (*want*) dengan apa yang tersedia. Pemecahan suatu masalah kebutuhan memperlihatkan perlunya ketersediaan sumber

daya dengan tepat sehingga apa yang diinginkan mungkin terjadi atau menjadi kenyataan. Apa yang telah terjadi merupakan petunjuk tentang sumber daya yang secara nyata dan berpotensi tersedia untuk pemecahan masalah. Sehingga pemecahan masalah memaksa prinsip ilmiah secara teliti serta bertanggungjawab yang disertai dengan pemahaman yang menyeluruh tentang situasi sosial, politik serta ekonomi dimana persoalan telah terjadi. Semua akademisi, profesional, ilmuwan dan rekayasawan dipaksa untuk menemukan cara mengatasi dilema yang berkaitan dengan kebutuhan masyarakat dalam batas-batas sumber daya yang tersedia.

Kesimpulan dari teknologi untuk kesehatan yang akan disampaikan dapat memberikan petunjuk atau pedoman bahwa teknologi dalam kesehatan bisa menjadi instrumen bagi manusia dalam memenuhi kebutuhannya dan juga untuk meningkatkan mutu kehidupannya (*quality of life*) tanpa meninggalkan kebudayaan lokalnya. Karena tanpa penguasaan teknologi maka sebagai bangsa dan negara, Indonesia tidak akan memiliki kemampuan untuk menjamin eksistensinya apa lagi kemandiriannya (*self reliance*). Oleh karena itu segala usaha dan upaya akan diusahakan untuk bisa memiliki dan juga menguasai teknologi untuk dapat mempertahankan eksistensinya dalam menghadapi masa depan yang tidak pasti.

DAFTAR PUSTAKA

- Anbar, M. 1984. 'Penetrating the black box: Physical principles behind health care technology', *The machine of the bedside Cambridge: Cambridge University Press*, hal, pp. 23–45.
- Banta, H.D. and Behney, C.J. 1981. 'Policy formulation and technology assessment', *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 59(3), pp. 445–479.
- Besari, M.S. 2008. *Teknologi di Nusantara: 40 abad hambatan inovasi*. Penerbit Salemba.
- Bone, E. 1988. 'Bioteknologi dan Bioetika. terj', R Haryono Imam. *Yogyakarta: Kanisius* [Preprint].
- Clyde, A.T. et al. 2008. 'Experience with Medicare's new technology add-on payment program', *Health Affairs*, 27(6), pp. 1632–1641.
- Eden, M. 1984. 'The Engineering-Industrial Accord: Inventing the technology of health care', *The Machine at the Beside. Cambridge: Cambridge University Press*, hal, pp. 23–45.
- Feeny, D., Guyatt, G. and Tugwell, P. 1986. *Health care technology: Effectiveness, efficiency, and public policy*. IRPP.
- Malkin, R. 2008. 'Designing appropriate healthcare technologies', *Appropriate Technology*, 35(4), p. 64.
- McKinlay, J.B. 1981. 'From "promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation', *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 59(3), pp. 374–411.
- Raymond, S. 1998. 'Life sciences and health challenges', *New York: New York Academy of Sciences*, pp. 173–196.
- Rogowski, W. 2007. 'Current impact of gene technology on healthcare: a map of economic assessments', *Health policy*, 80(2), pp. 340–357.
- Semin, S., Güldal, D. and Demiral, Y. 2007. 'Globalization and the trends of medical technology trade in Turkey', *Health policy*, 81(2–3), pp. 320–327.

- Tugwell, P. *et al.* 1986. 'A framework for the evaluation of technology: the technology assessment iterative loop', *Health care technology: effectiveness, efficiency, and public policy*. Montreal: Institute for Research on Public Policy, pp. 41–56.
- World Health Organisation (WHO). 1984. *Glossary of terms used in the "Health for All" series, no. 1-8*. World Health Organization.

BAB 12

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Oleh Serlie K. A. Littik

12.1 Pendahuluan

Kesehatan telah diakui secara luas sebagai hak asasi manusia. Urgensi beberapa permasalahan kesehatan global (seperti HIV/AIDS dan SARS) telah mendorong kebijakan kesehatan global menjadi agenda utama internasional (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006). Semua ini mengukuhkan pentingnya kesehatan bagi setiap manusia. Tanpa kesehatan yang baik, anak-anak tidak dapat belajar dan masyarakat tidak dapat produktif dalam bekerja, sehingga kesejahteraan tidak tercapai. Agar masyarakat dapat sehat, setiap individu harus dapat mengakses pelayanan kesehatan ketika dibutuhkan, tanpa hambatan finansial (berisiko menjadi 'miskin' karena sakit), khususnya dari masyarakat paling tertinggal (World Health Organization, 2020). Inilah esensi Cakupan Kesehatan Universal (*Universal Health Coverage / UHC*). Cakupan Kesehatan Universal merupakan jalan menuju pembangunan berkelanjutan dimana populasi yang sehat adalah inti dari pembangunan berkelanjutan (World Health Organization, 2020).

Pembiayaan kesehatan merupakan fungsi inti dari sistem kesehatan (https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1). Pembiayaan kesehatan merupakan jalan menuju Cakupan Kesehatan Universal (Evans and Etienne, 2010) melalui peningkatan akses terhadap layanan yang efektif, dan memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat. Selain itu, pembiayaan kesehatan erat kaitannya dengan kualitas layanan kesehatan. Untuk itu, pembiayaan kesehatan harus direncanakan dan dilaksanakan dengan baik sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud.

12.2 Definisi dan Prinsip Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan ialah besaran dan alokasi dana yang perlu disediakan sehingga dapat digunakan dalam berbagai program pembangunan kesehatan baik bagi upaya kesehatan perorangan, kelompok, dan masyarakat (Wulandari, A., Ridhwan, F., Sari, A.R. Lily, N., Pudjianti, N. Anggraini, L. Rochmah, 2019). Dalam Sistem Kesehatan Nasional, pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses penataan seluruh sumber daya keuangan yang di dalamnya terdapat penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan biaya kesehatan berdasarkan prinsip ekonomis, efisien, efektif, akuntabel, adil, dan transparan (MenKumHAM, 2012).

Pembiayaan kesehatan yang dialokasikan akan dikatakan baik apabila sesuai dengan kebutuhan, jumlahnya mencukupi, dan pemanfaatannya tepat sasaran (Indrayathi and Hardy, 2018). Pembiayaan kesehatan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan jika memenuhi syarat adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan (MenKumHAM, 2012). Dengan demikian, tujuan pembangunan kesehatan dapat dicapai. Untuk itu, negara wajib mengoptimalkan sistem pembiayaannya karena negara memiliki peranan penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya (Trisnantoro, 2019).

Di Indonesia, selain dalam Sistem Kesehatan Nasional, Pembiayaan kesehatan diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Tidak seperti pada Undang-Undang Kesehatan sebelumnya (Nomor 36 Tahun 2009), yang mengamanatkan besaran anggaran yang harus disediakan untuk pelayanan kesehatan (minimal 5 % dari APBN dan 10% dari APBD), pada Undang-Undang tentang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023) ini hanya menekankan kecukupan, alokasi, dan pemanfaatannya secara efektif dan efisien. Pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 pasal 401 dijelaskan bahwa tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah untuk membiayai pembangunan kesehatan dengan jumlah yang cukup, dialokasikan dengan adil, dan dimanfaatkan secara berhasil dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Selanjutnya pada pasal 403 mengatur bahwa Pemerintah baik pusat maupun

daerah bertanggung jawab menyediakan dana yang bersumber dari sumber-sumber yang sah dan dimanfaatkan untuk kegiatan-kegiatan seperti upaya kesehatan, penanggulangan bencana, Kejadian Luar Biasa, dan juga wabah, mengoptimalkan SDM Kesehatan serta pemberdayaan, menguatkan pengelolaan kesehatan, berbagai penelitian, pengembangan, dan inovasi dalam bidang kesehatan, dan program-program kesehatan lainnya yang sesuai.

Pembiayaan kesehatan memiliki tiga prinsip penting antara lain (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006):

1. Meningkatkan pendapatan dalam jumlah yang cukup untuk menyediakan paket dasar layanan esensial dan memberikan perlindungan keuangan terhadap biaya pengobatan yang sangat besar yang disebabkan oleh penyakit dan cedera kepada individu, dengan cara yang adil, efisien, dan berkelanjutan.
2. Pendapatan yang diperoleh diatur secara adil dan efisien berdasarkan risiko kesehatan.
3. Melakukan pembelanjaan layanan kesehatan secara efisien, baik alokatif maupun teknis.

Semua sistem pembiayaan kesehatan di setiap negara berusaha mengikuti prinsip-prinsip ini dengan tetap mempertimbangkan beberapa konteks seperti ekonomi, budaya, demografi, epidemiologi, dan sejarah (keberhasilan dan kegagalan dalam menjalankan sistem pembiayaan sebelumnya).

12.3 Tujuan, Fungsi, dan Sumber Penerimaan Pembiayaan Kesehatan

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk menyediakan dana yang cukup untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sehingga setiap individu dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pada waktunya tanpa kendala finansial (Trisnantoro, 2019).

Pembiayaan kesehatan memiliki tiga fungsi yang harus dikoordinasi dan dilaksanakan dengan baik, yaitu (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006; Kutzin, 2013; Trisnantoro, 2019):

1. *Revenue collection*

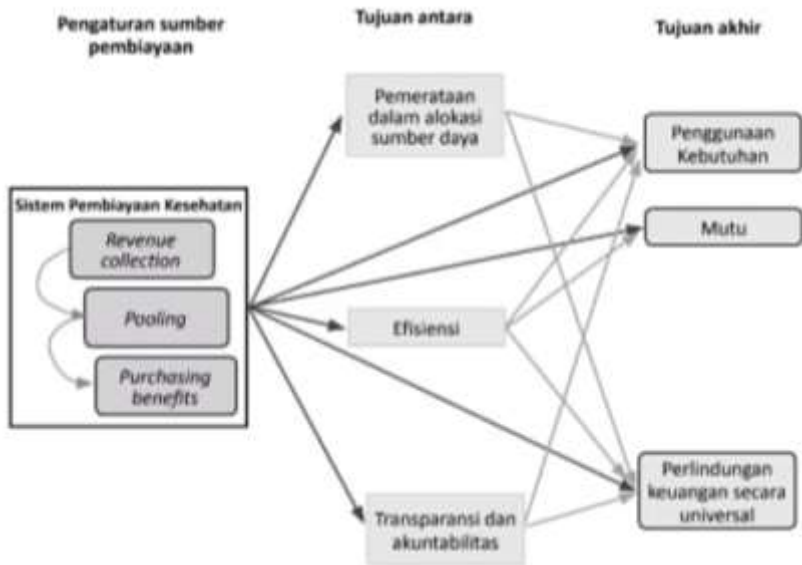
Merupakan suatu seni mengumpulkan pendapatan dari berbagai sumber baik pemerintah maupun swasta untuk menyediakan dana kesehatan yang cukup. Kecukupan dana sangat penting untuk menyediakan paket dasar layanan esensial dan perlindungan keuangan terhadap biaya pengobatan yang sangat besar yang disebabkan oleh penyakit dan cedera kepada individu dengan cara yang adil, efisien, dan berkelanjutan. Di Indonesia, paket dasar layanan terbagi menjadi dua, yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

2. *Pooling*

Adalah pengumpulan dan pengelolaan sumber daya keuangan sehingga risiko-risiko keuangan individu yang besar dan tidak dapat diprediksi menjadi dapat diprediksi. Risiko yang telah dikumpulkan tersebut kemudian didistribusikan ke seluruh anggota kelompok. Inilah cikal bakal pembentukan asuransi kesehatan baik secara wajib maupun secara sukarela. Dalam asuransi kesehatan, individu akan membayar sejumlah uang yang telah ditentukan untuk melindungi diri mereka dari biaya pengobatan besar yang tidak dapat diprediksi.

3. *Purchasing*

Merupakan pembelian barang dan jasa dalam layanan kesehatan. Banyak pihak yang terlibat dalam proses ini, baik konsumen, penyedia pelayanan kesehatan, dan pemasok. Untuk itu diperlukan banyak kebijakan untuk mengatur agar semuanya dapat dilaksanakan secara efisien (teknis dan alokatif) dan berkualitas. Misalnya siapa membeli, apa yang dibeli, dari siapa, bagaimana membayar, dan berapa harganya. Dengan demikian, tujuan pelayanan kesehatan dapat tercapai.



Gambar 12.1. Hubungan Fungsi Pembiayaan kesehatan Dengan Tujuan Antara dan Tujuan Akhir (Kutzin, 2013; Trisnantoro, 2019)

Ketiga fungsi pembiayaan tersebut merupakan proses yang berkesinambungan. Keberhasilan suatu negara dalam menjalankan fungsi-fungsi tersebut mempunyai implikasi penting bagi ketersediaan dana kesehatan saat ini dan di masa depan serta tingkat layanan penting dan perlindungan keuangan; keadilan mekanisme pengumpulan pendapatan untuk membiayai sistem (mendasarkan akses keuangan pada kebutuhan dan bukan pada kemampuan membayar); efisiensi ekonomi dalam meningkatkan pendapatan, dengan tidak menciptakan kerugian ekonomi dalam perekonomian; jumlah dan jenis layanan yang dibeli dan dikonsumsi serta dampaknya terhadap hasil dan biaya kesehatan (efisiensi alokatif); efisiensi teknis produksi jasa (memproduksi setiap jasa dengan biaya rata-rata minimum); dan akses finansial dan fisik terhadap layanan (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006).

Pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber. Tiga kelompok utama yang menjadi sumber pembiayaan kesehatan di berbagai negara termasuk Indonesia adalah dari pemerintah, pihak

asuransi sosial dan asuransi swasta, serta dana yang dibayarkan langsung oleh masyarakat (*out of pocket*). Sumber dana dari pemerintah, pada dasarnya berasal dari pajak yang dipergunakan untuk kesehatan. Sedangkan sumber dari pihak ketiga, merupakan hasil dari iuran atau premi asuransi yang dibayarkan setiap orang dalam kepersertaannya dalam asuransi tertentu. Kemudian sumber dana *out of pocket* merupakan dana yang berasal dari pembayaran setiap individu atau masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan seperti berobat (Trisnantoro, 2019). Penjelasan lebih lanjut terkait sumber dana kesehatan sebagai berikut:

1. Dana bersumber pemerintah

Sumber pendapatan utama dana bersumber pemerintah adalah pajak langsung maupun tidak langsung (Myint *et al.*, 2019). Sumber dana yang berasal dari pemerintah pusat dan daerah ada di urutan nomor dua sebagai sumber pembiayaan kesehatan terbesar di Indonesia. Semakin tinggi persentase pengeluaran pemerintah untuk kesehatan, semakin besar pula perlindungan keuangannya (Myint *et al.*, 2019).

Menurut data Kementerian Keuangan (2017), pada tahun 2016, anggaran belanja negara mencapai Rp2.083 triliun yang mana telah mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Khusus di bidang kesehatan, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) sebesar 65 triliun rupiah, dimana 40 triliun rupiah dialokasikan untuk kementerian dan lembaga, dan 25 triliun rupiah disumbangkan oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI)-APBN (Trisnantoro, 2019). Sejak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) didirikan bersama Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) pada tahun 2014, telah terjadi perubahan pada pembiayaan kesehatan di Indonesia. Dana APBN disalurkan kepada Kementerian Kesehatan dan lembaga BPJS, sehingga terdapat dua jalur utama penyaluran dana APBN yaitu melalui Kementerian Kesehatan dan melalui BPJS.

2. Dana Iuran/Premi Asuransi

Premi / iuran asuransi merupakan sejumlah uang yang wajib dibayarkan sebagai konsekuensi mendapatkan pertanggungan atas risiko yang dihadapi dalam skema asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan tersebut dapat mencakup produk asuransi

kesehatan komersial (yang keikutsertaannya bersifat sukarela) dan asuransi kesehatan sosial (yang keikutsertaannya bersifat wajib). Asuransi sosial di Indonesia dikelola oleh BPJS.

3. *Out of Pocket*

Pembayaran langsung (*out of pocket*) dari masyarakat merupakan salah satu sumber pendanaan terbesar bagi pelayanan kesehatan dan salah satu landasan bagi pengembangan asuransi kesehatan. Meskipun BPJS menjamin lebih dari 60% peserta, sumber pembiayaan mandiri masih mencakup lebih dari 45% total pengeluaran masyarakat saat melakukan pengobatan. Laporan Bank Dunia menyimpulkan bahwa JKN belum berhasil mengurangi biaya *out of pocket*. Hal ini dikarenakan pasien tidak hanya membayar biaya pengobatan, tetapi juga biaya akomodasi dan transportasi, sehingga meskipun pemerintah berusaha menekan biaya yang dikeluarkan pasien, namun tetap tidak dapat mengendalikan tingginya jumlah biaya yang dibayarkan masyarakat secara langsung saat mengunjungi fasilitas kesehatan. Di banyak daerah, akses terhadap fasilitas kesehatan sulit dilakukan karena jarak yang jauh.

Selain ketiga sumber pendanaan di atas, terdapat juga sumber pendanaan lain yaitu dari dana luar negeri. Menurut catatan Bank Dunia (2016), pendanaan asing menempati urutan keempat dengan sekitar 1% dari total belanja kesehatan berasal dari *Global Fund*. Dana ini membiayai bantuan teknis untuk berbagai program Imunisasi, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), Tuberkulosis, dan Malaria.

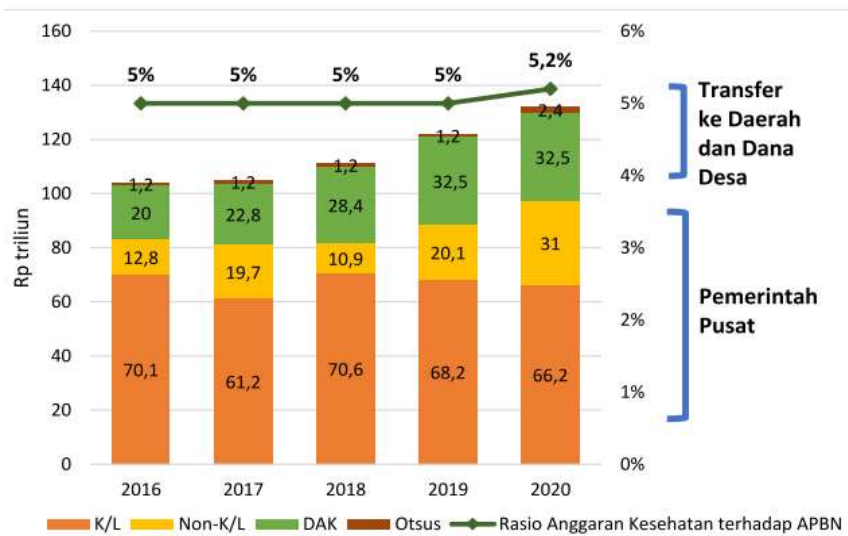
12.3 Situasi Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Indonesia telah mengalami transisi besar dalam pelayanan kesehatan. Kebijakan terkait penerapan desentralisasi pemerintah dan asuransi kesehatan sosial merupakan bagian besar dari perubahan tersebut (Plummer and Boyle, 2016). Perubahan ini memberi efek besar dalam sistem kesehatan, karena mayoritas sistem kesehatan ditentukan oleh bagaimana mereka mengatur pembiayaan. Pengaturan ini mencakup jumlah pendanaan yang

diterima sistem, cara dana disalurkan melalui sistem ke penyedia pelayanan garis depan, dan insentif yang diciptakan oleh mekanisme yang digunakan untuk membayar penyedia layanan (Hanson *et al.*, 2022).

Perubahan dalam sistem pendanaan di Indonesia telah membawa perubahan yang baik. Meskipun total belanja kesehatan Indonesia terbilang cukup rendah di banding beberapa negara lain di Asia, namun komitmen pemerintah untuk membiayai sektor kesehatan mengalami penguatan (Kementerian PPN/Bappenas, 2020).

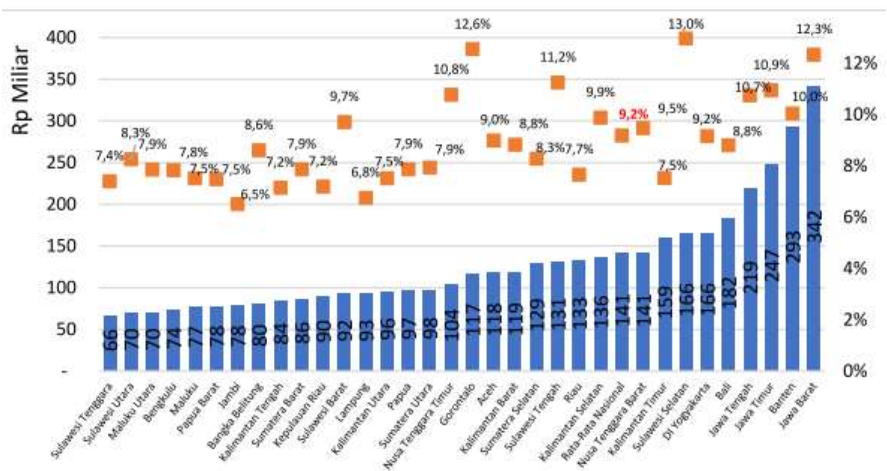
Sejak tahun 2016, pemerintah pusat dan sebagian besar pemerintah daerah telah mengalokasikan besaran anggaran kesehatan sesuai dengan yang amanat Undang-Undang Kesehatan sebelumnya (Nomor 36 Tahun 2009)(Gambar 12.2).



Gambar 12.2. Anggaran kesehatan dalam Postur APBN, Tahun 2016-2020 (Kementerian PPN/Bappenas, 2020)

Gambar 122 memperlihatkan perubahan pola anggaran kesehatan pada APBN. Anggaran non Kementerian/Lingkungan (yang dikelola oleh Kementerian Keuangan) mengalami peningkatan. Anggaran ini juga digunakan untuk membayar iuran program JKN bagi pegawai pemerintah dan cadangan untuk

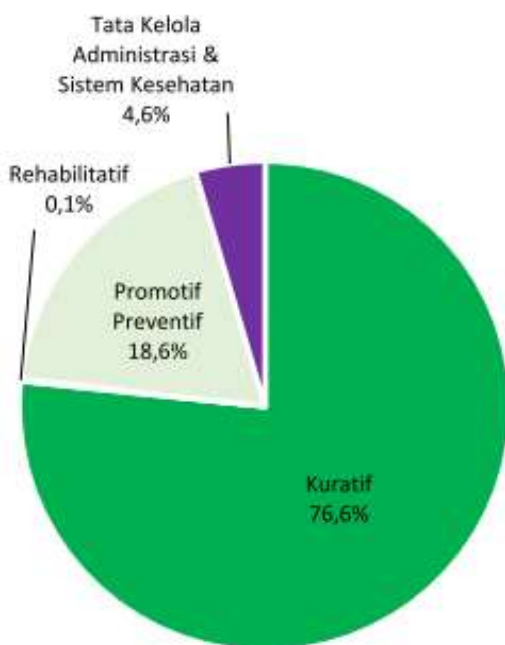
anggaran yang tidak terduga, misalnya untuk kemungkinan defisit program JKN. Demikian pula anggaran transfer ke daerah meningkat 62,5% pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2016. Dana Alokasi Khusus yang sejak tahun 2017 diperuntukkan bagi pencapaian target nasional juga mengalami peningkatan yang besar. Jika amanat Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 telah dilaksanakan pada persentase 5% dari APBN, namun tidak demikian pada APBD (Gambar 12.3).



Gambar 12.3. Rata-rata Belanja APBD Kesehatan dan Proporsinya terhadap APBD Kab/Kota, 2017 (Kementrian PPN/Bappenas, 2020)

Gambar 12.3 menunjukkan bahwa untuk APBD, belum semua kabupaten Kota melaksanakan *mandatory spending* ini, terutama bagi Kabupaten/Kota di luar pulau Jawa.

Anggaran kesehatan yang tersedia selanjutnya dibelanjakan menurut fungsi layanan (Gambar 12.4).



Gambar 12.4. Anggaran Kesehatan menurut Fungsi Layanan, 2019 (Kementrian PPN/Bappenas, 2020)

Hasil analisis *National Health Accounts* (NHA) tahun 2010-2017 menunjukkan bahwa sebagian besar belanja kesehatan Kementerian Kesehatan, Kementerian atau Lembaga lainnya, Pemerintah Daerah, dan Jaminan Kesehatan Nasional dibelanjakan untuk layanan kuratif, baik layanan rawat jalan dan rawat inap. Meskipun hal ini terjadi karena layanan kuratif cenderung membutuhkan sumber daya berbiaya tinggi, namun pemerintah perlu meningkatkan investasi pada layanan promotif preventif sehingga mencegah lebih banyak masyarakat jatuh sakit dan membutuhkan layanan kuratif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan amanat Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan tidak memiliki batasan yang jelas, sehingga berpotensi menyebabkan perbedaan interpretasi antar-stakeholders terutama mengenai definisi, lingkup, peruntukan, dan mekanisme pengalokasian. Diskursus anggaran kesehatan minimal 5% dianggap tidak relevan

lagi dan pengalokasian anggaran kesehatan ke depan lebih difokuskan pada efisiensi anggaran kesehatan (Kementrian PPN/Bappenas, 2020). Dengan demikian, pada Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 pemenuhan minimal “*mandatory spending*” untuk penetapan anggaran 5% dari APBN dan 10% dari APBD untuk anggaran kesehatan tidak lagi digunakan.

12.4 Masalah Pembiayaan Kesehatan

Secara global terdapat masalah klasik, yaitu keterbatasan sumber daya. Terdapat ketidaksesuaian yang sangat besar antara kebutuhan dan belanja kesehatan suatu negara. Negara-negara berkembang menyumbang 84% populasi global dan 90% beban penyakit global, namun hanya menyumbang 12% belanja kesehatan global. Negara-negara termiskin malah menanggung beban penyakit dan cedera yang lebih besar lagi, dengan sumber daya yang jauh lebih sedikit untuk membiayai layanan kesehatan. Dinamika populasi dan epidemiologi yang mendasari hal ini akan berdampak besar terhadap perekonomian dan kebutuhan kesehatan di masa depan di semua negara. Populasi dunia diperkirakan akan tumbuh menjadi 7,5 miliar pada tahun 2020 dan menjadi 9 miliar pada tahun 2050. Sebagian besar pertumbuhan ini diperkirakan terjadi di negara-negara berkembang. Negara-negara berpendapatan rendah menghadapi tingkat pertumbuhan tertinggi; populasi di 50 negara termiskin akan berlipat ganda pada tahun 2050 (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006).

Semua sistem layanan kesehatan menghadapi klasik ini, sehingga keadilan dan efisiensi terkait dengan penetapan prioritas untuk mengalokasikan sumber daya yang terbatas kepada suatu populasi menjadi masalah serius (Sabik and Lie, 2008). Pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien bisa tercapai apabila terdapat komitmen yang kuat untuk mengerjakannya.

Terdapat beberapa masalah dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia dan salah satu masalahnya adalah anggaran pembiayaan kesehatan yang dikatakan belum memadai. Beberapa masalah umum lainnya terkait pembiayaan kesehatan antara lain (Trisnantoro, 2019):

1. Pemerataan.

Pemerataan dalam sektor kesehatan mencerminkan peran pemerintah untuk memberikan hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama terutama pada kelompok masyarakat miskin (atau mendekati miskin), kelompok masyarakat yang terpinggirkan (menderita kecacatan, sakit jiwa), serta masyarakat di daerah pedesaan. Pemerataan dapat terjadi jika semua individu mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara adil. Agar setiap individu dapat mengakses pelayanan kesehatan, diperlukan pemerataan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama hingga lanjutan. Demikian juga akses obat-obatan dan akses kesehatan lainnya.

2. Pemanfaatan dana belum tepat.

Hal ini terlihat dari mayoritas pemanfaatan biaya kesehatan cenderung lebih tinggi pada upaya-upaya kuratif (pelayanan kedokteran) dibandingkan dengan upaya promotif dan preventif. Meskipun hasil analisis *National Health Account* menunjukkan bahwa pemenuhan peruntukkan anggaran kesehatan 2/3 untuk pelayanan publik telah terpenuhi, namun kriteria pemanfaatan anggaran kesehatan yang perlu diperjelas dan disepakati bersama (Kementrian PPN/Bappenas, 2020). Diperlukan regulasi/panduan teknis perhitungan anggaran kesehatan yang memberi batas yang jelas tentang definisi, ruang lingkup, dan mekanisme pengalokasian.

3. Pengelolaan dana kurang sempurna.

Penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah juga menghadapi masalah korupsi dan inefisiensi yang disebabkan oleh anggaran yang tidak menghasilkan insentif dan akuntabilitas yang tepat—yang menyebabkan banyak pemerintah memisahkan pendanaan dari penyediaan layanan kesehatan (Gottrett, P. & Schieber and Gottret, P. & Schieber, 2006).

Selain beberapa hal di atas, masalah-masalah lainnya yang juga turut mempengaruhi pembiayaan kesehatan adalah biaya kesehatan yang makin meningkat karena adanya peningkatan

permintaan kebutuhan kesehatan, kenaikan inflasi, kemajuan teknologi yang mengharuskan untuk melakukan pengadaan alat-alat canggih sebagai penunjang, perubahan pola penyakit, dan lain sebagainya.

Khusus di daerah, terdapat juga masalah pada pola pembiayaan kesehatannya. Masalah-masalah seperti dana dekonsentrasi yang meningkat, Dana Alokasi Khusus yang pemakaiannya terbatas, rendahnya pengeluaran kesehatan oleh APBD dan cenderung menumpuk pada APBN (dana dekonsentrasi) yang menunjukkan bahwa pemerintah daerah kurang memiliki peran dalam program kesehatan daerahnya. Selain itu, kabupaten dengan penghasilan tinggi dan penghasilan rendah masih disamaratakan sehingga pemanfaatan dana cenderung tidak adil (Arjoso, 2010).

12.5 Reformasi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan layanan kesehatan yang kuat, stabil, dan berkelanjutan memainkan peran penting dalam penyediaan layanan kesehatan. Oleh karena itu, reformasi kebijakan kesehatan nasional harus fokus pada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk memastikan kesesuaian, pemerataan, efektivitas, dan efisiensi pembiayaan kesehatan itu sendiri (Syamsul, Andhi., 2023). Terkait hal tersebut, proses review anggaran kesehatan perlu dilakukan secara rutin dan periodik, termasuk pentingnya monitoring terhadap anggaran kesehatan di luar Kemenkes dan transfer ke daerah yang meningkat tiap tahun (Kementrian PPN/Bappenas, 2020).

Restorasi kebijakan pembiayaan kesehatan harus kembali berlandaskan pada amanat Undang-Undang Dasar 1945. Alokasi anggaran yang tepat sasaran dan tepat waktu harus menjadi aspek yang utama dan terus dilakukan monitoring terhadap anggaran tersebut agar tidak terdapat penyalahgunaan. Selain itu, pemerintah pusat perlu memberi perhatian lebih pada daerah-daerah, yang berdasarkan data, terbukti tidak mampu atau sulit dalam mencapai Standar Pelayanan Minimal atau dengan kata lain masih mendapatkan sarana pra-sarana maupun sumber daya kesehatan yang kurang memadai (Arjoso, 2010).

Pasal 405 UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menyatakan bahwa akan memprioritaskan anggaran kesehatan dalam penyusunan APBN dan APBD. Alokasi anggaran akan disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan daerah dan terus dikaitkan dengan program kesehatan nasional.

12.6 Penutup

Pembiayaan kesehatan merupakan aspek penting yang mendukung pembangunan kesehatan baik di daerah maupun secara nasional. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membiayai pembangunan kesehatan yang berkelanjutan. Jumlah yang cukup, penyebaran yang merata, dan pemanfaatan yang tepat menjadi kunci agar pembiayaan kesehatan dapat berjalan efektif dan efisien serta mendukung tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Komitmen pemerintah dalam hal pemenuhan kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan perlu ditingkatkan. Pemenuhan ini hanya dapat dilakukan apabila terdapat reformasi kebijakan kesehatan dengan didasarkan pada data dan fakta sehingga alokasi anggaran dapat diberikan secara tepat sesuai kebutuhan masyarakat di masing-masing daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Arjoso, S. (2010) 'Penentuan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia Amanat Konstitusi', *Simposium Nasional ISMKMI*.
- Evans, D.B. and Etienne, C. (2010) 'Health systems financing and the path to universal coverage', *Bulletin of the World Health Organization*, p. 402.
- Gottrett, P. & Schieber, G. and Gottret, P. & Schieber, G. (2006) *Health Financing Revisited: A Practitioners's Guide*, *The World Bank*. Available at: http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-6585-4%5Cnhttp://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFR_SAOOverview.pdf.
- Hanson, K. *et al.* (2022) 'The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre', *The Lancet. Global health*, 10(5), pp. e715–e772. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
- Indrayathi, P.A. and Hardy, P.D.K. (2018) *District Health Account dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia, Pembiayaan Kesehatan*.
- Kementrian PPN/Bappenas (2020) *Bedah Anggaran Kesehatan*.
- Kutzin, J. (2013) 'Financement des soins de santé pour une couverture santé universelle et résultats du système de santé: Concepts et implications politiques', *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), pp. 602–611. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>.
- MenKumHAM (2012) *Perpres No 72 Tahun 2012 Tentang SKN*. Available at: www.djpp.depkumham.go.id.
- Myint, C.-Y. *et al.* (2019) 'A systematic review of the health-financing mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations countries and the People's Republic of China: Lessons for the move towards universal health coverage', *PLOS ONE*, 14(6), p. e0217278. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>.
- Plummer, V. and Boyle, M. (2016) 'Financing healthcare in Indonesia', *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(2), pp. 33–38. Available at: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.393116871831100>.

- Sabik, L.M. and Lie, R.K. (2008) 'Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries', *International Journal for Equity in Health*, 7(Table 1), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-4>.
- Syamsul, Andhi., B. (2023) 'Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)', *Sosialita*, 2(2), pp. 494–504.
- Trisnantoro, L. (2019) *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. 3rd edn. Edited by Wahyu. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- World Health Organization (2020) *Mobilizing ambitious and impactful commitments for mainstreaming nutrition in health systems*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004252>.
- Wulandari, A., Ridhwan, F., Sari, A.R. Lily, N., Pudjianti, N. Anggraini, L. Rochmah, T.N.E. (2019) *Pembiayaan dan penganggaran kesehatan, Buku Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Edited by A. Rahayu.

BAB 13

ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Siti Masdah

13.1 Advokasi Kesehatan

Advokasi kebijakan kesehatan merupakan bagian yang penting untuk di ulas dalam bidang kesehatan. Advokasi kesehatan adalah upaya yang terorganisir dan terarah untuk memengaruhi kebijakan, praktik, dan norma dalam bidang kesehatan dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. melibatkan pemanfaatan suara dan tindakan untuk membela atau mendukung kebijakan kesehatan yang lebih baik, akses setara terhadap layanan kesehatan, dan perubahan positif dalam faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan masyarakat.

Advokasi kesehatan melibatkan upaya terorganisir, sistematis dan berkelanjutan untuk memengaruhi proses pembuatan keputusan kebijakan, praktik dan norma tentang kesehatan dengan tujuan meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan melibatkan penyampaian informasi, pendidikan, dan dukungan kepada para pembuat kebijakan, serta memobilisasi masyarakat dan pihak-pihak terkait untuk mendukung dan mendorong implementasi kebijakan yang mendukung kesehatan.

Advokasi kebijakan kesehatan melibatkan analisis kritis terhadap isu-isu kesehatan, penentuan agenda, penyusunan strategi, dan interaksi aktif dengan pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, lembaga swasta, masyarakat sipil, dan individu. Dengan fokus pada aspek-aspek sosial, ekonomi, dan budaya, advokasi kebijakan kesehatan bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

13.2 Kebijakan Kesehatan

Kebijakan atau yang sering dikenal dengan istilah *policy* adalah pernyataan yang luas tentang maksud, tujuan dan cara yang membentuk kerangka kegiatan. Kebijakan kesehatan merupakan seperangkat tindakan atau keputusan yang diambil oleh pemerintah atau lembaga terkait untuk merancang, mengimplementasikan, dan mengelola program atau intervensi dalam rangka meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat. Setiap negara mempunyai kebijakan kesehatan yang di sesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi masyarakatnya. Kebijakan kesehatan terus berkembang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan perubahan kebutuhan kesehatan masyarakat.

(Buse et al., 2012) menyatakan bahwa kebijakan kesehatan melibatkan penilaian berbagai kebijakan publik yang berpotensi berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan. Kebijakan kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk sistem kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Beberapa isu kesehatan yang memerlukan peranan kebijakan diperlukan untuk pencegahan penyakit dan kesehatan masyarakat, akses pelayanan kesehatan, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, manajemen krisis kesehatan, pemberdayaan masyarakat, riset dan inovasi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan reproduksi dan keluarga, kesetaraan dan keadilan kesehatan, sistem kesehatan yang efisien, keberlanjutan dan pencegahan dan pentingnya kesehatan dalam pembangunan.

Keberhasilan kebijakan kesehatan misalnya pengelolaan tembakau dan imunisasi. Kebijakan pengendalian tembakau meliputi: peningkatan pajak rokok, larangan merokok di tempat umum, dan kampanye anti-merokok, telah berhasil mengurangi tingkat merokok dan dampak kesehatannya di beberapa negara. Program imunisasi telah berhasil meningkatkan cakupan vaksinasi pada anak-anak, seperti DPT (difteri, tetanus, dan pertusis), polio, dan campak. Keberhasilan ini membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian anak akibat penyakit yang dapat dicegah imunisasi.

13.3 Peranan Advokasi Kebijakan Kesehatan

Advokasi dan kebijakan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain, sehingga keduanya harus berjalan beriringan. Meskipun advokasi dan kebijakan sesuatu hal yang saling terkait, keduanya memiliki focus dan peran yang berbeda. Sehingga advokasi kebijakan kesehatan dapat di katakana sebagai suatu upaya terorganisir dan berkelanjutan untuk memengaruhi proses pembuatan keputusan kebijakan kesehatan dengan tujuan meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat. Ini melibatkan penyampaian informasi, pendidikan, dan dukungan kepada para pembuat kebijakan, serta memobilisasi masyarakat dan pihak-pihak terkait untuk mendukung dan mendorong implementasi kebijakan yang mendukung kesehatan.

Advokasi kebijakan kesehatan juga mencakup analisis kritis terhadap isu-isu kesehatan, penentuan agenda, penyusunan strategi, dan interaksi aktif dengan pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, lembaga swasta, masyarakat sipil, dan individu. Dengan fokus pada aspek-aspek sosial, ekonomi, dan budaya, advokasi kebijakan kesehatan bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Advokasi kebijakan kesehatan memerlukan kerja sama dengan berbagai pemangku kepentingan dan masyarakat untuk mencapai perubahan positif dalam sistem kesehatan.

Secara umum, keduanya memiliki tujuan meningkatkan kesehatan masyarakat. Pada hakikatnya keduanya memiliki perbedaan yang dapat dilihat dalam table berikut:

Tabel 13.1. Perbedaan Advokasi dan Kebijakan Kesehatan

No	Kategori	Advokasi	Kebijakan
1	Definisi	Upaya terorganisir untuk memengaruhi perubahan dalam kebijakan, praktik, dan norma yang berkaitan dengan kesehatan,	Memfokuskan pada keputusan dan tindakan konkret yang diambil untuk mengatur dan memandu sistem kesehatan, termasuk alokasi

No	Kategori	Advokasi	Kebijakan
		dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.	sumber daya, regulasi, dan program kesehatan.
2	Tujuan	Menekankan pada peran masyarakat dalam memengaruhi perubahan dorongan yang kuat untuk membentuk atau merespons kebijakan kesehatan yang lebih baik.	Menyoroti proses dan langkah-langkah yang diambil oleh pemerintah atau lembaga kesehatan.
3	Fokus Utama	Melibatkan kampanye publik, lobi, demonstrasi, dan penggunaan media untuk menyuarakan kebutuhan dan aspirasi masyarakat terkait kesehatan. Melibatkan aktivitas untuk memengaruhi opini publik dan pembuat kebijakan.	Memfokuskan pada keputusan dan tindakan konkret yang diambil untuk mengatur dan memandu sistem kesehatan, termasuk alokasi sumber daya, regulasi, dan program kesehatan.
4	Langkah-langkah dan	Melibatkan kampanye publik,	Melibatkan proses perumusan,

No	Kategori	Advokasi	Kebijakan
	aktivitas	lobi, demonstrasi, dan penggunaan media untuk menyuarakan kebutuhan dan aspirasi masyarakat terkait kesehatan. Melibatkan aktivitas untuk memengaruhi opini publik dan pembuat kebijakan.	implementasi, dan evaluasi kebijakan, termasuk pengumpulan dan analisis data, pembuatan keputusan oleh pembuat kebijakan, dan pelaksanaan program atau intervensi kesehatan.
5	Partisipasi Masyarakat	Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam proses advokasi, memberdayakan individu dan kelompok agar dapat berperan dalam mendefinisikan masalah dan merencanakan solusi.	Partisipasi masyarakat dapat terjadi dalam beberapa tahap, termasuk identifikasi masalah kesehatan, pengumpulan data, dan evaluasi program. Namun, level partisipasi bisa bervariasi.
6	Waktu dan Proses	Dapat terjadi sepanjang waktu sebagai respons terhadap masalah kesehatan yang mendesak atau sebagai upaya berkelanjutan untuk	Melibatkan siklus kebijakan yang melibatkan tahap perumusan, implementasi, dan evaluasi. Proses ini dapat memakan waktu dan melibatkan

No	Kategori	Advokasi	Kebijakan
		meningkatkan kondisi kesehatan.	berbagai pemangku kepentingan.
7	Tujuan Akhir	Mencapai perubahan dalam kebijakan dan praktik yang mendukung kesehatan masyarakat secara umum.	Meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat melalui implementasi kebijakan yang efektif dan memastikan akses setara terhadap layanan kesehatan
8	Metode	Proses pembuatan kebijakan melibatkan identifikasi isu kesehatan, analisis data, konsultasi dengan para ahli, dan pengambilan keputusan oleh pembuat kebijakan.	Melibatkan penyampaian pesan, lobbying, kampanye, demonstrasi, atau kegiatan lainnya yang bertujuan mempengaruhi opini publik dan pembuat kebijakan.

Advokasi dan kebijakan memiliki peranan penting dalam mendukung upaya perbaikan derajat kesehatan di Indonesia. Beberapa peranan advokasi kebijakan kesehatan diantaranya:

1. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan

Akses dan kualitas pelayanan kesehatan Indonesia masih sering menjadi masalah yang sering menjadi perbincangan di kalangan masyarakat bawah. Advokasi kebijakan kesehatan dapat memperjuangkan peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk

peningkatan fasilitas kesehatan, distribusi sumber daya kesehatan yang merata, dan peningkatan standar pelayanan medis. Advokasi yang berhasil dapat membawa perubahan kebijakan yang mendukung peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Harapannya masyarakat dapat dengan mudah mengakses perawatan kesehatan yang diperlukan tanpa hambatan finansial atau geografis. Peningkatan perilaku hidup sehat, peningkatan mutu layanan kesehatan, peningkatan pelayanan rujukan, menurunnya angka kesakitan dan kematian, merurunnya prevalensi gizi buruk dan peningkatan SDM sesuai standar merupakan salah satu contoh keberhasilan advokasi kesehatan (Badan Pendapatan Daerah Kabupaten Kendal, 2022).

2. Mencegah Penyakit Dan Promosi Kesehatan

Beberapa jenis penyakit dapat di cegah untuk terjadi pada seseorang. Advokasi dapat fokus pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan dengan memperjuangkan kebijakan yang mendukung gaya hidup sehat, pendidikan kesehatan masyarakat, dan kampanye penyuluhan. Advokasi kesehatan juga dapat memfokuskan perhatian pada pencegahan dan pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular. Kebijakan yang mendukung vaksinasi, program deteksi dini, dan promosi gaya hidup sehat dapat mengurangi beban penyakit di masyarakat. Beberapa contoh keberhasilan upaya advokasi seperti vaksinasi covid-19 sehingga tercapai kekebalan komunitas. Upaya pencegahan melalui media sosial juga dapat menekan peningkatan kasus covid-19 di daerah perkotaan (Hakim, 2021).

3. Pengaruh Determinan Sosial Kesehatan

Advokasi kebijakan kesehatan dapat menyoroti dan mengatasi determinan sosial kesehatan seperti ketidaksetaraan, kemiskinan, dan ketidaksetaraan akses pelayanan kesehatan. Upaya advokasi pada program-

program pendidikan kesehatan dapat ditingkatkan, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan preventif, deteksi dini, dan perubahan perilaku yang mendukung kesehatan.

4. Menyuarakan Hak Kesehatan Masyarakat

Masyarakat sering kali tidak memiliki suara yang cukup dalam proses pengambilan keputusan. Advokasi kebijakan kesehatan memberikan wadah bagi masyarakat untuk menyuarakan hak-hak kesehatan mereka. Advokasi kebijakan kesehatan dapat mencoba mengatasi ketidaksetaraan kesehatan dengan memastikan bahwa seluruh masyarakat, termasuk kelompok-kelompok yang rentan, memiliki akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan. Advokasi kesehatan dapat memobilisasi masyarakat untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka sendiri. Ini menciptakan rasa kepemilikan dan tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesejahteraan pribadi dan komunitas.

5. Penanganan Isu Kesehatan Darurat dan Krisis

Advokasi dapat menjadi alat efektif dalam menanggapi isu-isu kesehatan darurat dan krisis, memastikan respons cepat dan koordinasi yang baik. Advokasi kesehatan dapat merespons cepat terhadap krisis kesehatan atau bencana dengan memastikan bahwa sumber daya yang diperlukan tersedia dan koordinasi antar lembaga berjalan efisien.

6. Mendorong Inovasi dan Riset Kesehatan

Memperjuangkan kebijakan yang mendukung penelitian dan inovasi di bidang kesehatan untuk meningkatkan pemahaman dan penanganan penyakit. Advokasi kebijakan meliputi pendanaan riset, prioritas riset, hubungan antar peneliti dan pembuat kebijakan, kerja sama lintas sektor, kesadaran masyarakat dan implementasi hasil inovasi dan riset. Pengelolaan data

kesehatan yang aman dan etis. Contohnya adopsi teknologi kesehatan yang harus dilakukan untuk mendukung perbaikan pelayanan kesehatan baik di puskesmas, klinik dan rumah sakit.

Tantangan terkait dengan adopsi teknologi kesehatan yang cepat memerlukan kerja sama antara pemerintah, lembaga kesehatan, masyarakat, dan sektor lainnya untuk merumuskan kebijakan yang efektif dan berkelanjutan serta menerapkan program-program yang dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

7. Pengarusutamaan Kesehatan dalam Pembangunan

Advokasi dapat memastikan bahwa aspek kesehatan diintegrasikan dalam kebijakan dan program pembangunan secara menyeluruh. Isu yang timbul dalam pengarusutamaan advokasi kesehatan meliputi pentingnya investasi kesehatan untuk pembangunan, alokasi dana pembangunan kesehatan masyarakat, keadilan kesehatan, advokasi hak kesehatan dan partisipasi masyarakat. Advokasi kesehatan dapat memobilisasi masyarakat untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka sendiri. Ini menciptakan rasa kepemilikan dan tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesejahteraan pribadi dan komunitas.

8. Menyokong Kerja Sama Antar-Sektor

Advokasi kebijakan kesehatan dapat mempromosikan kerja sama lintas sektor, melibatkan sektor ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan dalam menciptakan kondisi yang mendukung kesehatan. Kerjasama lintas sektor dibutuhkan untuk mendukung secara tepat dan cepat realisasi kebijakan yang sesuai.

9. Peningkatan Kualitas Hidup dan Harapan Hidup

Melalui advokasi, kebijakan yang mendukung peningkatan kualitas hidup dan harapan hidup dapat dirumuskan. Ini mencakup aspek-aspek seperti pendidikan

kesehatan, kebersihan lingkungan, dan akses yang setara terhadap fasilitas kesehatan. Terpenuhinya hak-hak kesehatan bagi masyarakat mendorong terwujudnya peningkatan kualitas dan harapan hidup masyarakat.

10. Pengurangan Beban Ekonomi akibat Biaya Kesehatan

Kebutuhan kesehatan bersifat objektif sehingga wajib dipenuhi. Kebutuhan kesehatan dan ekonomi/pendapatan masyarakat memiliki hubungan saling berkaitan sehingga butuh advokasi kebijakan yang tepat untuk mendukung agar setiap orang tetap dapat memenuhi hak kesehatan dan ekonomi. Kebijakan yang diadvokasi dapat mengurangi beban ekonomi masyarakat melalui penurunan biaya pelayanan kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan yang terjangkau. Contohnya tersedianya jaminan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah mendukung akses setiap orang terhadap pelayanan kesehatan dan membantu pengurangan beban ekonomi masyarakat karena kesakitan.

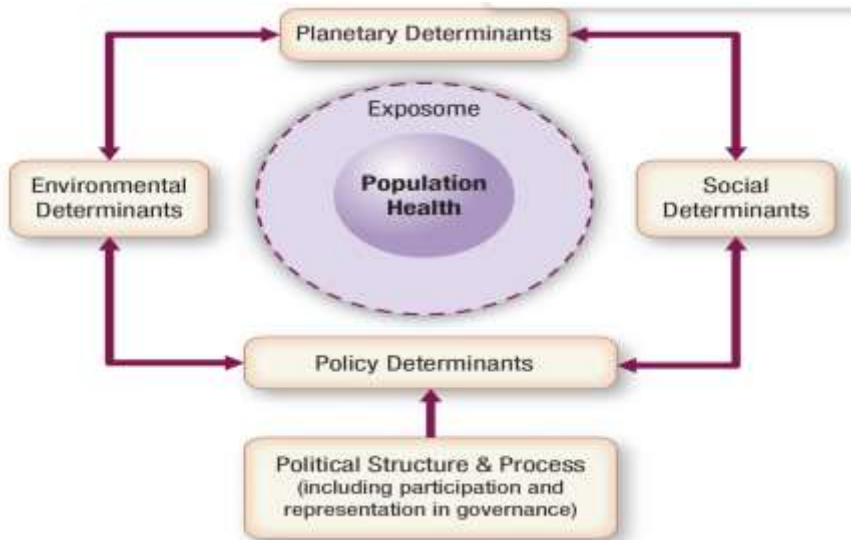
11. Peningkatan Fokus pada Kesehatan Mental

Stigma ada kesehatan mental dan kurangnya akses terhadap kesehatan mental merupakan salah satu tantangan dalam kesehatan masyarakat. Dukungan kebijakan yang tepat dan advokasi dapat membantu mengatasi stigma terkait dengan kesehatan mental dan meningkatkan akses ke layanan kesehatan mental.

13.4 Kebijakan dan determinan kesehatan masyarakat

Kebijakan memiliki peran yang signifikan dalam membentuk determinan kesehatan masyarakat. Determinan kesehatan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan populasi. Beberapa determinan seperti sosial, lingkungan, ekonomi dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kebijakan kesehatan sangat mempengaruhi kehidupan sehari-hari. Secara lokal maupun global kebijakan, politik dan sistem merupakan aspek yang sangat

penting dalam kesehatan masyarakat (Seavey et al., 2023). Berikut beberapa faktor determinan kesehatan:



Gambar 13.1. Determinan Kesehatan
Sumber: Seavey et al., 2023

1. Faktor Sosial Determinan

Faktor sosial determinan merupakan salah satu faktor penentu kesehatan non medis. Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) faktor tersebut meliputi kondisi manusia sejak dilahirkan, tumbuh, bekerja hidup dan menua serta serangkaian kekuatan dan sistem yang lebih luas yang membentuk kondisi kehidupan sehari-hari (*Centers for Disease Control and Prevention*, n.d.). Contoh kebijakan yang berhubungan dengan sosial determinan misalnya kebijakan pendidikan yang mendukung akses dan kualitas pendidikan dapat membentuk determinan sosial kesehatan. Pendidikan yang baik berhubungan dengan tingkat kesehatan yang lebih baik.

Penelitian telah menunjukkan bahwa faktor determinan sosial dalam kesehatan memainkan peran yang lebih besar dalam kesehatan masyarakat secara keseluruhan dibandingkan genetika dan perawatan medis, dan menentukan lebih dari 75%

status kesehatan masyarakat. Faktor determinan sosial dipengaruhi oleh kebijakan, aturan, dan regulasi yang dibuat melalui tindakan yang disengaja oleh para aktor politik baik di pemerintahan maupun swasta.

2. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan meliputi udara, ketersediaan air bersih, iklim, tanah dan layanan sanitasi (Méndez, 2020). Contoh kebijakan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan yaitu regulasi terhadap polusi udara, pengelolaan limbah, penggunaan bahan kimia, tata kota dan tata ruang. Kebijakan perencanaan kota yang mendukung tersedianya ruang terbuka hijau, taman, jalur sepeda secara tidak langsung dapat mempengaruhi aktivitas fisik masyarakat yang berdampak terhadap kesehatan. Keberadaan ruang terbuka hijau minimal 30% di suatu kabupaten kota masih belum terpenuhi di Indonesia. Peraturan Undang-Undang (UU) Nomor 26 tahun 2007 mengenai pengadaan RTH perlu di dukung untuk mendukung peningkatan kesehatan masyarakat.

3. Faktor Politik

Faktor politik mempengaruhi kesehatan meliputi peraturan formal dan informal, undang-undang, norma organisasi, dan proses yang membentuk kondisi sosial dan lingkungan. Politik erat kaitanya dengan ketersediaan akses pelayanan kesehatan. Kebijakan politik seyogyanya mendukung terciptanya akses kesehatan sehingga tercipta akses kesehatan yang merata. Kebutuhan kesehatan bersifat objektif sehingga mutlak untuk di penuhi. Kebijakan terkait jaminan kesehatan nasional merupakan salah satu contoh yang harus diperbaiki agar masyarakat miskin dapat mengakses pelayanan kesehatan (Fikri, 2023).

Struktur politik dan proses memainkan peranan penting dalam menentukan kebijakan politik yang mempengaruhi kesehatan. Masyarakat harus mengambil andil dalam proses advokasi dan penentuan kebijakan kesehatan. Partisipasi masyarakat dalam kebijakan meliputi: menyuarakan kebutuhan dan aspirasi isu-isu kesehatan, ikut andil dalam kampanye dan

advokasi kesehatan, melakukan monitoring dan evaluasi. Jika memungkinkan masyarakat juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan, baik melalui konsultasi langsung maupun melalui mekanisme partisipatif yang memungkinkan mereka memberikan masukan secara konstruktif.

Keterlibatan perorangan aktif masyarakat dalam mendorong kebijakan politik yang menguntungkan dan berpihak kepada masyarakat diperlukan dalam proses advokasi. Masyarakat dalam dilibatkan dalam pendidikan kesehatan masyarakat, partisipasi dan aksi komunitas, dan pelatihan dalam melakukan advokasi. Penting Pendidikan masyarakat untuk membangun kesadaran dan meningkatkan pengetahuan serta mendorong perilaku sehat. Pemberdayaan masyarakat melalui pendidikan kesehatan masyarakat dapat memberdayakan individu dan kelompok masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam menjaga kesehatan mereka sendiri dan mendukung perubahan kebijakan kesehatan yang lebih baik.

4. Faktor Planetary

Faktor ini merupakan gabungan beberapa faktor dan kondisi yang mempengaruhinya. Planetary Health adalah “bidang transdisipliner dan gerakan sosial yang berorientasi pada solusi dan berfokus pada analisis dan penanganan dampak gangguan manusia terhadap sistem alam bumi terhadap kesehatan manusia dan seluruh kehidupan di bumi”. Meskipun saat ini derajat kesehatan masyarakat secara global dapat dikatakan meningkat akan tetapi sistem pendukung di kehidupan planet kita menurun yang akhirnya dapat membahayakan masyarakat dan pembangunan di masa kini dan akan datang. Perubahan berupa iklim, kepunahan massal kehidupan, polusi udara, air, dan tanah dalam skala global, kekurangan lahan subur dan air tawar, perubahan luas dalam penggunaan dan tutupan lahan dan degradasi sistem kelautan.

Segalanya saling berhubungan, sehingga perubahan sistem alami dari bumi akan berdampak terhadap kehidupan kita yang belum tentu sesuai dengan cara yang kita siapkan. Perubahan lingkungan antropogenik berdampak pada kualitas udara yang kita hirup dan air yang kita minum, kualitas dan

kuantitas makanan yang kita hasilkan, paparan kita terhadap penyakit menular, dan bahkan kelayakan tempat kita tinggal. Perubahan sistem pendukung kehidupan alami telah berdampak pada kesehatan kita dan diperkirakan akan mendorong sebagian besar beban penyakit global pada abad mendatang, serta memberikan dampak paling berat bagi masyarakat yang paling rentan saat ini dan generasi mendatang (Planetary Health Alliance, n.d.).

13.5 Kerangka Kerja Advokasi Kebijakan Kesehatan

Advokasi kebijakan kesehatan melibatkan serangkaian langkah-langkah sistematis untuk mempengaruhi pembuat kebijakan, memperjuangkan perubahan, dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Berikut adalah panduan langkah-langkah untuk melakukan advokasi kebijakan kesehatan:

Tabel 13.2. Langkah-Langkah Advokasi Kebijakan Kesehatan

No	Langkah	Kegiatan
1	Penetapan Tujuan dan Sasaran	menentukan tujuan yang spesifik dan sasaran advokasi, seperti perubahan dalam kebijakan kesehatan tertentu atau peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.
2	Analisis Situasi	Melakukan analisis situasi untuk memahami isu kesehatan yang dihadapi masyarakat dan identifikasi peluang serta hambatan yang mungkin dihadapi dalam upaya advokasi.
3	Penelitian dan Bukti-Bukti	Mengumpulkan data dan bukti-bukti yang mendukung argumentasi advokasi. Data diperoleh dari hasil penelitian ilmiah, statistik kesehatan, dan studi kasus yang relevan.

No	Langkah	Kegiatan
4	Identifikasi Pihak-Pihak Berpengaruh (Stakeholder)	Melakukan identifikasi kelompok-kelompok atau individu yang memiliki kepentingan atau pengaruh dalam isu kesehatan yang menjadi fokus advokasi.
5	Pengembangan Pesan Advokasi	Memuat pesan-pesan yang jelas, persuasif, dan relevan. Pesan advokasi harus didasarkan pada bukti-bukti dan dapat dipahami oleh berbagai pemangku kepentingan.
6	Perencanaan Strategi dan Taktik	Merencanakan strategi advokasi yang mencakup langkah-langkah taktis, seperti pertemuan dengan pembuat kebijakan, kampanye media, pelibatan masyarakat, atau kegiatan lainnya.
7	Pembentukan Aliansi dan Kemitraan	Melakukan identifikasi dan libatkan mitra strategis, termasuk organisasi non-pemerintah, lembaga akademis, dan kelompok masyarakat yang memiliki kepentingan serupa
8	Implementasi Advokasi	melaksanakan rencana advokasi sesuai dengan strategi yang telah ditetapkan. Terlibat dalam dialog dengan pembuat kebijakan, membuat presentasi, dan melibatkan masyarakat untuk mendukung perubahan yang diinginkan.
9	Evaluasi dan Pembaruan	Evaluasi dampak advokasi terhadap kebijakan kesehatan secara berkala. Identifikasi pembelajaran, keberhasilan, dan area untuk perbaikan. Sesuaikan strategi jika diperlukan.

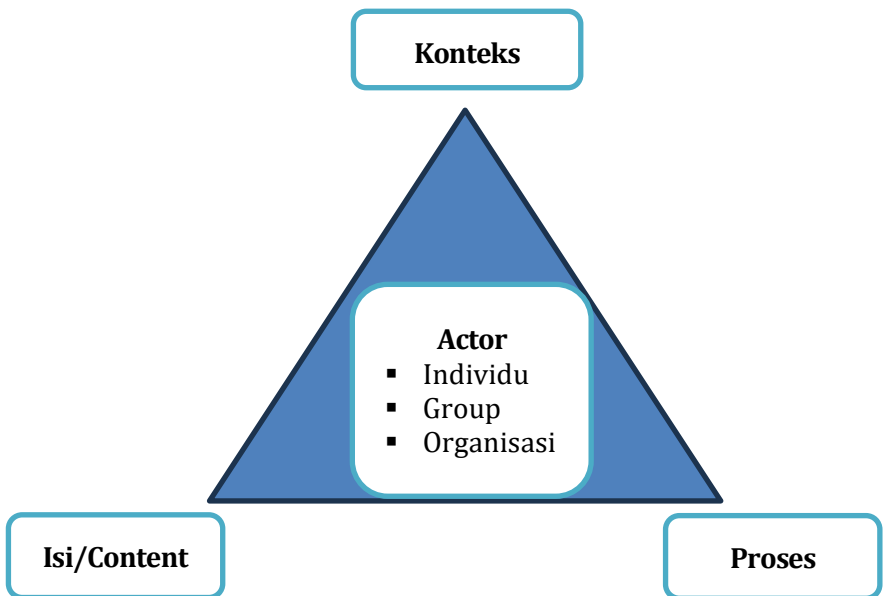
Selain melakukan langkah-langkah diatas dalam proses advokasi kita perlu melibatkan mitra maupun stakeholder yang mendukung upaya advokasi yang kita laksanakan. Selain itu, identifikasi pihak-pihak berpengaruh dalam kebijakan kesehatan juga mendukung keberhasilan program yang akan kita laksanakan. Beberapa stakeholder seperti:

1. Pemerintah dan Lembaga Pemerintah: Kementerian Kesehatan, Badan Kesehatan Dunia, dan lembaga pemerintah terkait lainnya.
2. Organisasi internasional: WHO, UNAIDS, UNICEF, World bank
3. Agen Bilateral: DFID, USAID, SIDA
4. Organisasi pendonor: The Global Fund, PEPFAR
5. Organisasi Non-Pemerintah (NGO): Organisasi kesehatan masyarakat, lembaga advokasi kesehatan, dan organisasi sosial lainnya.
6. Lembaga Akademis dan Penelitian: Universitas, lembaga penelitian, dan para peneliti yang dapat memberikan dukungan ilmiah.
7. Kelompok Masyarakat: Komunitas lokal, kelompok masyarakat, dan individu yang terkena dampak langsung oleh kebijakan kesehatan.
8. Industri dan Sektor Swasta: Perusahaan farmasi, rumah sakit swasta, dan pelaku bisnis lainnya yang terlibat dalam industri kesehatan.
9. Media: Organisasi media dan jurnalis yang dapat membantu menyuarakan isu kesehatan kepada masyarakat.

13.6 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan harus mampu menyeimbangkan 3 komponen dalam suatu kebijakan myang meliputi isi/*content*, konteks dan proses. Isi berfokus pada substansi atau isi kebijakan kesehatan mencakup mencakup tujuan, sasaran, dan strategi yang menjadi dasar kebijakan. Konteks kebijakan kesehatan melibatkan faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi pengembangan dan implementasi kebijakan yang meliputi faktor politik, ekonomi, sosial, dan budaya yang dapat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan kebijakan kesehatan. Proses mengacu pada metode dan

prosedur yang digunakan dalam perumusan, penerapan, dan implementasi kebijakan kesehatan. Hal ini mencakup keterlibatan berbagai pemangku kepentingan, proses pengambilan keputusan, dan strategi implementasi kebijakan secara keseluruhan. Aktor merupakan istilah yang digunakan untuk merujuk kepada individu, group, organisasi atau bahkan negara beserta tindakan mereka dalam mempengaruhi kebijakan.



Gambar 13.2. Segitiga Analisis Kebijakan
Sumber: (Walt and Gilson, 1994)

13.7 Keberhasilan Advokasi Kebijakan Kesehatan

Faktor penentu keberhasilan advokasi kesehatan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti keterlibatan aktor pemerintah, peningkatan kesadaran masyarakat yang mendukung kebijakan, pemberian layanan, hak pengguna layanan, pelatihan untuk memberi layanan dalam bentuk pemberdayaan dan peningkatan kesadaran masyarakat (Hann et al., 2015). Kegiatan advokasi dapat dilakukan pada level individu, komunitas, nasional dan negara bagian. Advokasi juga harus dilakukan oleh orang yang memiliki pengalaman/ tingkat Pendidikan/ kemampuan tertentu

untuk menyuarakan suatu advokasi. Misalnya advokasi terkait anak, harus dilakukan oleh seseorang yang memang memenuhi kualifikasi (Majeed et al., 2020)

Studi kasus keberhasilan advokasi kesehatan seperti pengurangan pajak rokok untuk menanggulangi penyakit paru, penyediaan vaksin subsidi untuk kelompok rentan, peningkatan akses ke pelayanan kesehatan reproduksi, pengesahan kebijakan lingkungan yang mendukung kesehatan telah memiliki dampak yang besar terhadap kesehatan masyarakat. Keberhasilan advokasi di mulai dengan membuat peta jalan kegiatan yang akan dilakukan. Menggunakan bahasa dan makna yang mudah di mengerti untuk mendukung komunikasi dan kolaborasi lintas disiplin ilmu. Pendekatan-pendekatan terkini dalam pengajaran dan penilaian advokasi kesehatan diuraikan, serta saran-saran untuk arah dan pertimbangan di masa depan.

Untuk mendukung keberhasilan advokasi kesehatan, kita dapat memanfaatkan media dalam prosesnya. Media digunakan untuk mengiring opini masyarakat, meningkatkan kesadaran. Media digital dan budaya partisipatif membentuk produksi, pencarian, dan berbagi informasi kesehatan melalui penggunaan platform media digital dan sosial sehari-hari. Implikasi dalam advokasi besar terhadap cara informasi kesehatan diproduksi, dicari, dan dibagikan. Hal ini juga memunculkan pertanyaan penting tentang dukungan sebaya dalam kesehatan, hubungan kekuasaan, kepercayaan, privasi, dan pengetahuan. Praktik partisipasi kontemporer yang berkembang melalui praktik digital sehari-hari, seperti penggunaan media sosial untuk berbagi informasi kesehatan, juga menjadi fokus eksplorasi dalam memahami bagaimana media digital dan budaya partisipatif membentuk produksi, pencarian, dan berbagi informasi kesehatan (Vicari, 2021).

Langkah-langkah keberhasilan advokasi perlu mengedepankan etika dalam pelaksanaannya. Beberapa prinsip etika dalam advokasi kesehatan meliputi:

1. Kejujuran dan kewajaran. Advokasi yang kita lakukan harus didasarkan pada informasi yang benar dan akurat. Advocat dapat menyajikan fakta dengan jujur dan kewajaran meningkatkan kepercayaan publik dan integritas advokasi.

2. Keseimbangan dan keadilan. Advokasi kesehatan harus mempertimbangkan dan memastikan bahwa advokasi kesehatan mencerminkan kepentingan masyarakat secara keseluruhan dan menghindari kepentingan pribadi atau kelompok yang tidak adil.
3. Pemberdayaan dan partisipasi masyarakat. Melibatkan masyarakat dalam proses advokasi dan memberdayakan mereka untuk berbicara dengan suara mereka sendiri tentang kebutuhan kesehatan. Menghormati hak partisipasi dan mendengarkan berbagai pandangan.
4. Pentingnya bukti dan penelitian. Bukti ilmiah dan hasil penelitian yang kuat dapat digunakan untuk mendukung argumen advokasi. Menyajikan informasi berdasarkan data yang dapat diverifikasi meningkatkan kehandalan advokasi.
5. Keterbukaan terhadap diversitas. Proses advokasi menghadirkan beberapa sudut pandang sehingga kita perlu menghargai dan merespons keberagaman pandangan dan nilai-nilai masyarakat.
6. Independensi dan Integritas. Hindari konflik kepentingan yang dapat merugikan tujuan advokasi kesehatan.
7. Keterbukaan terhadap Informasi. Memberikan informasi yang transparan tentang sumber daya, pendanaan, dan tujuan advokasi. Hindari kebijakan atau tindakan yang dapat mengaburkan transparansi.
8. Konsistensi dan Kepastian. Menjaga konsistensi dalam pesan dan tindakan dengan tidak mengubah pandangan dan dukungan tanpa alasan yang jelas.
9. Keamanan Informasi dan Privasi. Melindungi informasi yang bersifat rahasia atau pribadi dalam pengumpulan dan penggunaan data.
10. Akuntabilitas terhadap Pemangku Kepentingan. Menjaga akuntabilitas terhadap pemangku kepentingan, termasuk masyarakat dan memberikan laporan secara berkala tentang kemajuan dan hasil advokasi.
11. Evaluasi Diri dan Pembelajaran. Melakukan evaluasi diri secara teratur untuk mengevaluasi keberhasilan dan

kegagalan advokasi. Menggunakan hasil evaluasi untuk memperbaiki strategi dan taktik.

12. Pertanggungjawaban atas Dampak. Bertanggung jawab atas konsekuensi dari perubahan kebijakan baik positif maupun negatif.

13.8 Peran Pemerintah dan Sektor Swasta Dalam Kebijakan Kesehatan

Pemerintah dan sektor swasta memiliki peranan yang besar dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan. Peranan utama pemerintah meliputi pembiayaan, pengembangan kebijakan, pelayanan kesehatan, Pendidikan an kampanye kesehatan, regulasi dan pengawasan, penelitian kesehatan, penanggulangan bencana dan keadaan darurat serta berpartisipasi dalam kesehatan secara global. Sektor swasta dapat memberikan kontribusi signifikan untuk peningkatan kesehatan masyarakat berupa pemberian layanan kesehatan, pengembangan produk kesehatan dan inovasi, pembiayaan kesehatan, partisipasi dalam program kesehatan masyarakat, pelatihan dan pengembangan tenaga kesehatan, kemitraan dengan pemerintah dan organisasi nirlaba, pengembangan teknologi informasi kesehatan, pengawasan dan kepatuhan. Sebagai contoh peran pemerintah dalam penyebaran covid-19 berdasarkan instrumen hukum internasional dengan kebijakan yang didasarkan pada hak asasi manusia dan kesehatan yang tidak terlepas keberhasilannya karena bantuan sektor swasta dan masyarakat (Perbawa, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pendapatan Daerah Kabupaten Kendal, 2022. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2022, Bapenda Kabupaten Kendal.
- Buse, K., Mays, N., Walt, G., 2012. Making Health Policy, Second Edition. ed. Open University Press, Maidenhead, Berkshire, England.
- Centers for Disease Control and Prevention, n.d. About CDC: Social determinants of health at CDC. About CDC: Social determinants of health at CDC.
- Fikri, S., 2023. Kaum Marginal Dilarang Sakit: Marginalisasi Masyarakat Miskin Atas Hak Kesehatan di Kota Surabaya. *Harmonization Jurnal Ilmu Sosial, Ilmu Hukum, dan Ilmu Ekonomi* No 1, 53–62.
- Walt, G., Gilson, L., 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis, *HEALTH POLICY AND PLANNING*.
- Hakim, A.L., 2021. Promosi Kesehatan Melalui Media Sosial dan Kebijakan Physical Distancing Terhadap Perilaku Pencegahan Covid-19. *2-TRIK: TUNAS-TUNAS RISET KESEHATAN* 11. <https://doi.org/10.33846/2trik11103>
- Hann, K., Pearson, H., Campbell, D., Sesay, D., Eaton, J., 2015. Factors for success in mental health advocacy. *Glob Health Action* 8. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.28791>
- Majeed, A., Newton, H., Mahesan, A., Vazifedan, T., Ramirez, D., 2020. Advancing Advocacy: Implementation of a Child Health Advocacy Curriculum in a Pediatrics Residency Program. *MedEdPORTAL* 16, 10882. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10882
- Méndez, M., 2020. Climate change from the streets: How conflict and collaboration strengthen the environmental justice movement, *Climate Change from the Streets: How Conflict and Collaboration Strengthen the Environmental Justice Movement*.

- Perbawa, I.K.S.L.P., 2021. Kebijakan Pemerintah Indonesia Dalam Menanggulangi Covid-19 Berdasarkan Instrumen Hukum Internasional. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora* 10. <https://doi.org/10.23887/jish-undiksha.v10i1.33517>
- Planetary Health Alliance, n.d. Planetary health [WWW Document]. <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>.
- Seavey, J.W., Aytur, S.A., McGrath, R.J., 2023. HEALTH POLICY AND ANALYSIS: Framework and Tools for Success, Second Edition, Health Policy and Analysis: Framework and Tools for Success: 2nd Edition. <https://doi.org/10.1891/9780826185433>
- Vicari, S., 2021. Digital Media and Participatory Cultures of Health and Illness, Digital Media and Participatory Cultures of Health and Illness. <https://doi.org/10.4324/9780429469145>

BIODATA PENULIS



Ni Made Padma Batiari, S.KM., M.K.M

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Denpasar tanggal 22 Februari 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kartini (POLKESKA) Bali. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dan melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Pascasarjana Universitas Respati Indonesia Jakarta. Penulis menekuni bidang menulis yang berfokus pada topik kesehatan masyarakat, khususnya promosi kesehatan. Beberapa hasil tulisan dari penulis berupa buku ajar dengan topik pemberdayaan masyarakat dan publikasi hasil penelitian yang telah terbit di Jurnal Nasional Terakreditasi.

BIODATA PENULIS



Putu Erma Pradnyani, S.KM., M.Kes

Dosen Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Sleman tanggal 2 Maret 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan ilmu Kesehatan masyarakat tahun 2016 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya. Penulis menekuni bidang Kesehatan masyarakat terutama biostatistika dan epidemiologi, manajemen pelayanan Kesehatan, serta mengarah pada Kesehatan ibu dan anak.

Penulis aktif dalam mengikuti kegiatan organisasi baik diperguruan tinggi maupun tingkat Provinsi. Penulis bergabung menjadi volunteer di Kita Sayang Remaja PKBI Bali, bergabung menjadi pengurus IAKMI Bali serta menjadi Ketua Inkubator Bisnis di Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Penulis juga aktif menekuni bidang Menulis dan memiliki publikasi SCOPUS maupun Jurnal Nasional Terakreditasi. Beberapa publikasi yang penulis terbitkan adalah The effects of socio-demographic characteristics on Indonesian women's knowledge of HIV/AIDS: A cross-sectional study, Vulnerability to domestic physical violence among married women in Indonesia. Determinan Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Kota Denpasar Tahun 2021, dan lainnya.

BIOADATA PENULIS



Dr. Aminah Toaha, SKM, M.Kes

Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Jerae Soppeng, Sulawesi Selatan pada tanggal 04 Juli 1970. Menyelesaikan Pendidikan SD sampai SMA di kota kelahirannya, Kab. Soppeng. S1 di FKM UNHAS Makassar tahun 1993, Magister Kesehatan Masyarakat di FKM UNHAS, Konsentrasi Gizi tahun 2007 dan Doktor di Fakultas Kedokteran UNHAS, Prodi Ilmu Kedokteran tahun 2015 dengan Predikat Cum Laude.

Memulai kariernya sebagai staf Puskesmas Muara Muntai, di Kabupaten Kutai, Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 1995-1999. Selanjutnya pernah menduduki beberapa jabatan structural di Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara diantaranya: Kasi Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2000-2004, Kasi Lingkungan Sehat dan Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2009-2011, Plt. Kasubag. Perencanaan Program tahun 2016, Kasi Peningkatan Gizi Keluarga dan Masyarakat tahun 2017-2019 dan Kasi Penyehatan Lingkungan tahun 2019-Juni 2021 dan menjadi Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur per tanggal 1 Juli 2021 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Afif Wahyudi Hidayat, S.Pd., MARS.

Dosen Program Studi Sarjana Administrasi kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Bekasi tanggal 04 Juli 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman.

Pengalaman bekerja di Pendidikan Tinggi di mulai sejak tahun 2012 dan aktif di berbagai kegiatan kampus. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Ilmu Sosial dan melanjutkan S2 pada Jurusan Administrasi Rumah Sakit. Penulis menekuni bidang Menulis. Selain sebagai dosen saat ini Penulis mengelola Klinik Pratama yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan serta terlibat menjadi Survei Akreditasi Klinik dan Puskesmas.

“Motto Hidup Penulis adalah berjuang sampai tetes darah penghabisan”

BIODATA PENULIS



Nuruniah, SKM, M. Kes

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat

Penulis lahir di Pontianak tanggal 11 November 2023. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan dilanjutkan dengan S2 kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Menulis.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk kuliah di S1 Kesehatan Masyarakat, lulus ditahun 2008 di Universitas Muhammadiyah Pontianak dan melanjutkan ke studi S2 prodi Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia Jakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi.

Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman dan berilmu di antaramu beberapa derajat. Dan Allah Maha Teliti terhadap apa yang kamu kerjakan. (Q.S Al-Mujadilah: 11)

Email Penulis: nurul.nia50@gmail.com

BIODATA PENULIS



Drg. Emmelia Kristina Hutagaol, MARS

Dosen pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Universitas
Medika Suherman

Penulis lahir di Jakarta 24 Juli 1973, menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Triskti dan pendidikan S2 pada program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit FKM Universitas Indonesia.

Pada tahun 2007-2009 Penulis bertugas sebagai staf ahli di DPR/RI dan kini selain bertugas sebagai Dosen pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Universitas Medika Suherman. Dalam menjalani profesinya Penulis aktif menjalani kegiatan pengabdian masyarakat bidang penanggulangan bencana termasuk krisis kesehatan dengan menjadi ketua Taruna Siaga Bencana Indonesia (TAGANA) Unsur Rajawali sejak tahun 2010 hingga saat ini dengan membentuk komunitas masyarakat yang tangguh bencana di seluruh Indonesia.

BIODATA PENULIS



Afwan Syarif, SKM., M.Kes
Staf pengajar STIKES Al-Su'aibah

Lahir di Sekayu Kab. MUBA pada tanggal 28 November 1989. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan S1 Kesehatan Masyarakat kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 dibidang Administrasi Kebijakan Kesehatan dan menyelesaikannya pada tahun 2016. Penulis pernah bekerja di Puskesmas Babat Toman Palembang pada tahun 2017 sampai 2018 dan melanjutkan karir di SMK Bhakti Husada Palembang pada tahun 2020 dan SMK Indo Health School pada tahun 2021, penulis merupakan staf pengajar STIKES Al-Su'aibah tahun 2020 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju Jakarta

Lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Cirebon, Diploma III Keperawatan di Poltekkes Bogor, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994–1995, di RS PMI Bogor tahun 1995–2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017–2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.

BIODATA PENULIS



Fauzan Akbar, SKM, MKM.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Penulis lahir di Solok tanggal 20 Februari 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan, Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukittinggi dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Saya menempuh pekerjaan sebagai dosen pada tahun 2022 dan saya sudah mengampu mata kuliah Analisis Kebijakan kesehatan, Perencanaan dan Evaluasi Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Current Issue Administrasi Kebijakan Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Prof. Dr. Yusriani, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia

Penulis merupakan Dosen pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia disamping itu sebagai salah satu pendidik pada Program Studi S2 Magister Kesehatan Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia dengan spesifikasi keilmuan yang digeluti penulis di bidang pendidikan, pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat adalah Ilmu Promosi Kesehatan, Ilmu Komunikasi Kesehatan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Sebagai seorang yang sepenuhnya mengabdikan dirinya sebagai dosen, selain pendidikan formal yang telah ditempuhnya penulis juga mengikuti berbagai pelatihan untuk meningkatkan kinerja dosen, khususnya di bidang pengajaran, penelitian dan pengabdian. Buku yang telah dihasilkan oleh penulis antara lain Buku Ajar Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Book Chapter Masa-Masa Covid-19 Mengenal dan Penanganan dari Berbagai Perspektif Kesehatan, Buku Ajar Strategi Promosi Kesehatan, Book Chapter Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan Book Chapter Metodologi Penelitian Pendidikan, Buku Referensi Program Komunikasi, Informasi, Dan Edukasi Kesehatan Untuk Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Anak Sekolah Dasar, dan Buku Kehamilan Sehat Mewujudkan Generasi Berkualitas Di Masa New Normal, Book Chapter Manajemen Promosi Kesehatan, Book Chapter Komunikasi

Kesehatan, Book Chapter Metode Penelitian Kualitatif, Book Chapter Kesehatan Ibu dan Anak: Konsep Dasar Teori Perspektif, Book Chapter Metodologi Penelitian kuantitatif, Book Chapter Promosi Kesehatan Masyarakat, Buku monograf Peran Kader Kesehatan Dalam Meningkatkan Imunitas Tubuh Ibu Hamil Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19, dan Book Chapter Media Pembelajaran Berbasis Nilai Islami, Book Chapter Advokasi Kesehatan, Book Chapter Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi. Selain itu, penulis juga aktif melakukan penelitian yang diterbitkan di berbagai jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pemakalah diberbagai kegiatan dan menjadi narasumber pada workshop/seminar/lokakarya tertentu. Mata Kuliah yang diampuh oleh penulis adalah Strategi Promosi Kesehatan, Komunikasi Kesehatan, Dasar Promosi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Komunikasi Interpersonal dan Konseling Kesehatan, Magang Promosi Kesehatan, KIE Kesehatan, Biostatistik Kesehatan, Manajemen data dan Komputer, Aplikasi Komputer, Inovasi Promosi Kesehatan, Aplikasi Pada Tatanan Promosi Kesehatan, Manajemen Politik dan Pemberdayaan Masyarakat, dan Etno Epidemiologi Sosial, Riset Kualitatif Kesehatan, dan Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut. Penulis Aktif sebagai editor dan reviewer jurnal ilmiah (riset dan pengabdian) baik nasional maupun internasional. Penulis juga aktif sebagai Asesor Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN S/M) khususnya Propinsi Sulawesi Selatan, aktif sebagai Asesor Nasional Beban Kerja Dosen (BKD), Aktif sebagai Reviewer Penelitian dan Pengabdian Internal Universitas Muslim Indonesia, Aktif sebagai reviewer eksternal penelitian dan pengabdian pada beberapa perguruan tinggi. Penulis juga aktif mengikuti Seminar Kesehatan baik nasional maupun internasional. Pernah meraih prestasi sebagai the best presenter baik nasional maupun internasional, dan menjadi pembicara pada workshop nasional dan internasional.

Email: yusriani.yusriani@umi.ac.id

BIODATA PENULIS

Achmad Mamawardi, S.H., M.K.M.

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 10 April 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi Barat. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Hukum dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penulis memiliki minat yang mendalam dalam memahami berbagai aspek kesehatan dan kesejahteraan. Beberapa tulisan menyajikan informasi terbaru dan dapat dipercaya dengan tujuan membantu pembaca membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan.

BIODATA PENULIS



Dr. Serlie K.A. Littik, SP., MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Kupang tanggal 23 September 1977. Menyelesaikan S1 Sosial Ekonomi Pertanian Universitas Nusa Cendana pada tahun 2001, S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2005, dan S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga pada tahun 2017. Sejak tahun 2006 telah menjadi dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Siti Masdah, S.K.M.,M.P.H

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan
Barat

Penulis lahir di Pontianak tanggal 12 Agustus 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Alamat tempat tinggal di jalan H.Rais Ar-Rahman Gang Waspada 1 No 55. Menyelesaikan pendidikan diploma III Kebidanan POLTEKES KEMENKES Pontianak, S1 pada Jurusan kesehatan masyarakat peminatan epidemiologi di universitas Muhammadiyah Pontianak dan melanjutkan S2 kesehatan masyarakat di FKMK UGM Yogyakarta. Penulis juga merupakan alumni Pondok Pesantren Darul Ulum Batu Ampar dan Pondok Pesantren Al-Hasani Kota Pontianak. Selama menempuh Pendidikan di Madrasah Aliyah Negeri 1 Pontianak dan di perguruan tinggi, penulis aktif di kegiatan kemahasiswaan seperti BEM dan di organisasi kepemudaan yaitu Pelajar Islam Indonesia (PII), Purna Prakarya Muda Indonesia (PPMI), Koalisi Muda Kependudukan (KMK), Ketua Ikatan Santri santri Al-Hasani, Ikatan Lanceng Prabeni dan masih banyak lainnya. Pengalaman di dunia kerja sebagai bidan pelaksana di Klinik Utama dan Kontap Sentosa serta sebagai asisten dokter obstetric ginekologi di sebuah rumah sakit ternama di Kota Pontianak di lalui selama 4 tahun. Penulis menekuni bidang Menulis.

1. Kesehatan ibu dan anak

2. Kesehatan reproduksi
3. Administrasi kesehatan
4. Ekonomi kesehatan
5. Kebijakan kesehatan