

KEBIJAKAN KESEHATAN: PROSES, IMPLEMENTASI, ANALISIS DAN PENELITIAN

Roy G.A. Massie¹

ABSTRACT

Health Policy frameworks can be described as systemic, where basic objectives or principles of the health system are decided, and programmatic, where intervention priorities are set and translated into operational guidelines for service delivery. There are many ways of thinking about the policy process as there are about the concept of policy itself. The health policy may take the form of plan or a more generalised statement of approach (Baker, 1996). Implementation has been defined as what happens between policy expectations and (perceived) policy results (DeLeon, 1999). Clearly implementation is a process of turning a health policy into practice. Analysis of policy tends to be retrospective and descriptive. Analysis of policy looks back at why or how a policy made its way to agenda. Analysis of policy tends to be prospective. It is usually carried out to inform the formulation of a policy or anticipate how policy might fare if introduced. At times such analysis will result in the decision to abandon a particular course of action due to its poor political feasibility (Buse, Mays & Walt, 2005). Health research is a systematic process for generating new knowledge and relating it to existing knowledge in order to improve understanding about the natural and social world. It uses a wide variety of methods, theories and assumptions about what counts as valid knowledge. Health research results may be used to inform policy.

Key words: Health Policy, process, implementation, Analysis and Research

PENDAHULUAN

Mengapa kebijakan kesehatan itu sangat penting? Hal itu disebabkan antara lain sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu *sponge* yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu bio-medical maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse, Mays & Walt, 2005). Kebijakan kesehatan itu adalah tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian (Lee, Buse & Fustukian, 2002). Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Leppo, 1997).

Tinjauan kepustakaan ini mengulas pengetahuan tentang kebijakan kesehatan, ciri-ciri, proses, implementasi, analisis, hasil penelitian yang dimanfaatkan untuk pengembangan kebijakan kesehatan. Tujuannya adalah untuk menambah pengetahuan dan pemahaman akan kebijakan kesehatan serta hubungan antara kebijakan kesehatan dan kesehatan, sehingga memungkinkan untuk menangani persoalan-persoalan dari kesehatan masyarakat.

Ciri-ciri Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten terhadap keuangan dan implementasi dalam mengatur kebijakan. Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya (Evans

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Jalan Percetakan Negara No. 23A Jakarta 10560
Korespondensi: E-mail: roymassie@litbang.depkes.go.id

& Manning, 2003). Tanpa ada kesepakatan dan tidak ada koordinasi akan mengakibatkan hasil yang diharapkan sia-sia belaka.

Definisi kebijakan kesehatan bervariasi. Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan (Bornemisza & Sondorp, 2002). Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995). Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan (Davies 2001; Milio 2001), termasuk kebijakan kesehatan internasional (Hunter 2005; Labonte, 1998; Mohindra 2007).

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green & Thorogood, 1998).

Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta. Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik (Buse, May & Walt, 2005). Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk menformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (WHO, 2000).

Pengembangan kebijakan biasanya *top-down* di mana Departemen Kesehatan memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Implementasi dan strateginya adalah *bottom-up*. Kebijakan seharusnya dikembangkan dengan partisipasi oleh mereka yang terlibat dalam kebijakan itu. Hal ini untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut realistis dan dapat mencapai sasaran. Untuk itu perlu komitmen dari para pemegang dan pelaksana kebijakan.

Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan *problem solving* secara linear. Penelitian kesehatan adalah suatu kegiatan untuk mendapatkan bukti yang akurat. Setelah dilakukan penelitian kesakitan dan penyakit dari masyarakat, termasuk kebutuhan akan kesehatan, sistem kesehatan, tantangannya selanjutnya adalah mengetahui persis penyebab dari kesakitan dan penyakit itu. Walaupun disadari betapa kompleksnya pengertian yang berbasis bukti untuk dijadikan dasar dari kebijakan (Fafard, 2008).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Poter, Ogden and Pronyk, 1999). Kebijakan kesehatan dapat bertujuan banyak terhadap masyarakat. Untuk kebanyakan orang kebijakan kesehatan itu hanya peduli kepada konten saja. Contohnya, pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta atau kebijakan dalam hal pemantapan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Walt, 1994).

Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting (WHO, 2000).

Kebijakan kesehatan dapat bermanifestasi dalam berbagai hal dan tidak selalu dalam bentuk dokumen-dokumen (Ritsatakis, 1987). Kebijakan kesehatan diexpresikan dalam bentuk suatu konstitusi, undang-undang dan peraturan-peraturan termasuk juga platform dari partai-partai politik atau kertas-kertas kebijakan (Ritsatakis, 2000).

Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara, tetapi juga bagaimana kebijakan itu diimplementasi oleh pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

Komponen Kebijakan

Para ahli kebijakan kesehatan membagi kebijakan ke dalam empat komponen yaitu konten, process, konteks dan aktor (Frenk J. 1993; Buse, Walt and

Gilson, 1994; May & Walt, 2005). Keempat komponen kebijakan akan dibahas satu persatu.

Konten

Konten kebijakan berhubungan dengan teknis dan institusi. Contoh aspek teknis adalah penyakit diare, malaria, typhus, promosi kesehatan. Aspek insitusi adalah organisasi publik dan swasta.

Konten kebijakan memiliki empat tingkat dalam pengoperasiannya yaitu:

- a. Sistemik atau menyeluruh di mana dasar dari tujuan dan prinsip-prinsip diputuskan.
- b. Programatik adalah prioritas-prioritas yang berupa perangkat untuk mengintervensi dan dapat dijabarkan ke dalam petunjuk pelaksanaan untuk pelayanan kesehatan.
- c. Organisasi di mana difokuskan kepada struktur dari institusi yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan.
- d. Instrumen yang menfokuskan untuk mendapatkan informasi demi meningkatkan fungsi dari sistem kesehatan.

Proses

Proses kebijakan adalah suatu agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi. Ada perbedaaan model yang digunakan oleh analis kebijakan antara lain:

- *Model perspektif* (rational model) yaitu semua asumsi yang mengformulasikan kebijakan yang masuk akal berdasarkan informasi yang benar.
- *Model incrementalist* (prioritas pilihan) yaitu membuat kebijakan secara pelan dan bernegosiasi dengan kelompok-kelompok yang berminat untuk menyeleksi kebijakan yang diprioritaskan.
- *Model rational (mixed scanning model)* di mana penentu kebijakan mengambil langkah mereview secara menyeluruh dan membuat suatu negosiasi dengan kelompok-kelompok yang memprioritaskan model kebijakan.
- *Model punctuated equilibria* yaitu kebijakan difokuskan kepada isu yang menjadi pokok perhatian utama dari penentu kebijakan.

Masing-masing model di atas memilah proses kebijakan ke dalam komponen untuk memfasilitasi analisis. Meskipun pada kenyataannya, proses kebijakan itu memiliki karakteristik tersendiri yang merujuk kepada model-model tersebut.

Konteks

Konteks kebijakan adalah lingkungan atau *setting* di mana kebijakan itu dibuat dan diimplementasikan (Kitson, Ahmed, Harvey, Seers, Thompson, 1996). Faktor-faktor yang berada di dalamnya antara lain politik, ekonomi, sosial dan kultur di mana hal-hal tersebut sangat berpengaruh terhadap formulasi dari proses kebijakan (Walt, 1994). Ada banyak lagi bentuk yang dikategorikan ke dalam konteks kebijakan yaitu peran tingkat pusat yang dominan, dukungan birokrasi dan pengaruh aktor-aktor internasional juga turut berperan.

Aktor

Aktor adalah mereka yang berada pada pusat kerangka kebijakan kesehatan. Aktor-aktor ini biasanya memengaruhi proses pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Mereka merupakan bagian dari jaringan, kadang-kadang disebut juga mitra untuk mengkonsultasi dan memutuskan kebijakan pada setiap tingkat tersebut (Walt, 1994). Hubungan dari aktor dan peranannya (kekuasaannya) sebagai pengambil keputusan adalah sangat tergantung kepada kompromi politik, daripada dengan hal-hal dalam debat-debat kebijakan yang masuk di akal (Buse, Walt and Gilson, 1994).

Kebijakan itu adalah tentang proses dan *power* (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan adalah efektif apabila pada tingkatan maksimal dapat mencapai tujuan yang optimal, dan efisien apabila diimplementasikan dengan biaya yang rendah (Sutton & Gormley, 1999). Efisiensi dalam hal ini karena pemerintah memiliki keterbatasan dalam investasi untuk memantapkan status kesehatan. Jadi adalah sangat penting untuk untuk mengalokasikan sumber daya itu kepada masyarakat yang membutuhkan dan tentu saja berdasarkan bukti-bukti (Peabody, 1999).

Proses Kebijakan

Proses kebijakan adalah cara dari kebijakan itu diinisiasi, dikembangkan atau diformulasikan, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasi dan dievaluasi (Sutcliffe & Court, 2006). Ada dua langkah dalam memformulasikan proses kebijakan yaitu tentukan pilihan dari kebijakan dan pilihlah yang diutamakan. Pada kedua tahapan ini pembuat kebijakan idealnya harus memahami situasi yang spesifik dan membandingkan pilihan-pilihan secara

rinci, sehingga dapat membuat keputusan untuk dapat diimplementasi (Sutton, 1999).

Proses pengembangan kebijakan menurut Brehaut dan Juzwishin adalah mengumpulkan, memproses, dan mendesiminasikan informasi yang berhubungan dengan kebijakan yang akan dikembangkan; mempromosikan pilihan-pilihan untuk langkah yang akan diambil; mengimplementasi pada pengambil keputusan; memberikan sanksi bagi yang tidak bisa mentaati; dan mengevaluasi hasil pencapaian (Brehaut & Juzwishin, 2005).

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk mengerti suatu proses kebijakan adalah yang disebut “*stages heuristic*” yaitu memilah proses kebijakan tersebut ke dalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Langkah-langkahnya adalah Pertama, identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan-persoalannya. Pada langkah ini dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk dalam ke dalam agenda. Kedua, formulasi kebijakan yang mengeksplorasi siapa-siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan itu disepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan. Ketiga, implementasi kebijakan. Tahap ini sering kali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru. Keempat, evaluasi kebijakan di mana diidentifikasi apa saja yang terjadi termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan (Pollard & Court, 2005).

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

Implementasi Kebijakan

Implementasi didefinisikan sebagai apa yang terjadi sesuai dengan harapan dan akibat dari kebijakan yang dirasakan (DeLeon, 1999). Implementasi kebijakan cenderung untuk memobilisasi keberadaan lembaga (Blakie & Soussan, 2001).

Pada kebijakan dilihat apakah ada kesenjangan antara yang direncanakan dan yang terjadi sebagai suatu akibat dari kebijakan. Sebagai contohnya ada banyak studi kasus dari dampak kebijakan. Contohnya, studi kebijakan upaya penanggulangan kekurangan garam yodium di mana kesenjangan antara aktor-aktor yang berperan dan proses juga implementasi tidak terlibat.

Pendekatan pengembangan kebijakan oleh pembuat kebijakan biasanya berdasarkan hal-hal yang masuk akal dan mempertimbangkan informasi-informasi yang relevan. Namun demikian apabila pada implementasi tidak mencapai apa yang diharapkan, kesalahan sering kali bukan pada kebijakan itu, namun kepada faktor politik atau manajemen implementasi yang tidak mendukung (Juma & Clarke, 1995). Sebagai contoh, kegagalan dari implementasi kebijakan bisa disebabkan oleh karena tidak adanya dukungan politik, manajemen yang tidak sesuai atau sedikitnya sumber daya pendukung yang tersedia (Sutton, 1999).

Suatu kebijakan kesehatan dapat berubah saat diimplementasikan, di mana bisa muncul output dan dampak yang tidak diharapkan dan tidak bermanfaat untuk masyarakat (Baker, 1996).

Analisis Kebijakan

Menurut Springate, Baginski & Soussan, 2007, ada beberapa tujuan untuk melaksanakan suatu analisis dari kebijakan yaitu:

- Untuk dapat memahami proses kebijakan yang dikembangkan dan diimplementasi.
- Untuk mengetahui tujuan dan motivasi di balik kebijakan yang diimplementasi termasuk fokus pada pendekatan pendapatan keluarga dan kemiskinan.
- Untuk memahami cara kebijakan tersebut berpengaruh terhadap area keberadaan pendapatan keluarga.
- Untuk memahami area-area yang potensial untuk diintervensi dalam proses kebijakan. Dalam hal ini untuk mendapatkan efek pemantapan dalam pengembangan kebijakan dan proses implementasi.

Analisis dari kebijakan umumnya bersifat retrospektif yaitu dengan mengeksplorasi determinan-determinan kebijakan (bagaimana memasukkan dalam agenda yang diawali dari perumusan) dan

apa kontennya. Di sini termasuk hasil monitoring dan evaluasi, apakah kebijakan itu mencapai sasaran atau tidak. Demikian juga, analisis dari kebijakan bersifat prospektif dengan melihat ke depan hal-hal yang berhubungan. Contohnya kemungkinan apa yang akan terjadi apabila suatu kebijakan dikembangkan. Pemikiran-pemikiran strategi ke depan, yang terkadang menggunakan advokasi dan lobi (Buse, Mays & Walt, 2005).

Untuk melakukan analisis hubungan antara proses kebijakan dan implementasi ada beberapa langkah yang diusulkan (Blaikie *et al* 2001),

Milestones Kunci Kebijakan

Pada umumnya kebijakan baru dikembangkan dari kebijakan dan aturan-aturan yang sudah ada kemudian digabungkan dengan pengalaman-pengalaman di waktu lampau serta prioritas-prioritas yang akan dikembangkan. *Milestones* kunci kebijakan adalah keseluruhan dari kebijakan yang lampau, yang sudah ada, peraturan-peraturan, program-program yang sementara dijalankan.

Konteks Pemerintahan dan Politik

Kelanjutan proses kebijakan adalah antara konteks dan gaya birokrasi serta kemampuan institusi publik, termasuk unsur-unsur sosial dan politik serta kecenderungan perubahannya.

Pendekatan Isu-isu Kunci Kebijakan dan Hubungannya dengan Pendapatan Keluarga

Penelitian harus dapat mengidentifikasi kunci hal-hal kebijakan yang mendesak sehubungan dengan hal-hal yang baru.

Proses Pengembangan Kebijakan

Inti daripada proses pengembangan kebijakan adalah menganalisis proses pengembangan kebijakan tersebut. Untuk memahami proses ini, identifikasi dan pengertian termasuk interaksi dan respons dari aktor sangatlah penting dalam hal mengformulasikan kebijakan, di mana hasil daripada proses ini dapat berbentuk suatu formulasi kebijakan makro.

Pada proses ini dibutuhkan suatu pengertian dari struktur formal organisasi yang berhubungan dengan pengembangan dan implementasi kebijakan. Demikian juga identifikasi dari aktor-aktor utama di setiap tingkatan pada proses pengembangan kebijakan, yang meliputi peran dan kekuatan, dan bagaimana kebijakan tersebut dilakukan pengujian.

Hal-hal yang berpengaruh dalam pada point ini antara lain strategi yang digunakan oleh aktor-aktor yang terlibat dalam proses kebijakan untuk memenuhi atau mengalihkan tujuan-tujuan daripada implementasi kebijakan; aktor-aktor utama yang sangat memengaruhi proses formal di tingkat implementasi; aksi dari kelompok masyarakat lokal serta ketergantungan pada hubungan antar pusat dan daerah.

Hasil, Luaran dan Dampak untuk Kesejahteraan Masyarakat

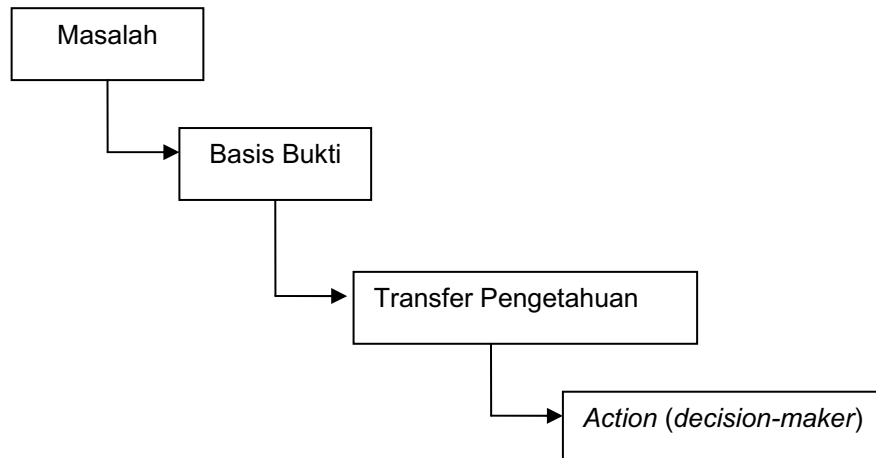
Dengan mempertimbangkan proses pengembangan kebijakan, perhatian ditujukan kepada proses implementasi. Hal ini ditandai dengan aksi terhadap output, outcome dan dampak terhadap kesejahteraan masyarakat. Institusi yang membuat suatu kebijakan pada hakikatnya akan mengalihkan kepada pemegang manajemen di tingkat bawah, dan diharapkan hasilnya dapat berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat.

Ilustrasi analisis kebijakan yang dapat dikemukakan dalam tinjauan kepustakaan ini adalah kebijakan kesehatan untuk keluarga miskin. Pengertian dari keluarga miskin adalah tidak memiliki kemampuan atau tidak memiliki uang untuk membayar jasa atau barang. Dalam kenyataan sehari-hari keluarga miskin cenderung menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh publik termasuk pengobatan tradisional dibandingkan dengan fasilitas swasta.

Dari keadaan ini hal-hal yang perlu dialamatkan kepada kebijakan kesehatan untuk keluarga miskin antara lain: bagaimana memantapkan status kesehatan mereka? bagaimana memastikan apakah pelayanan kesehatan berkualitas jelasnya apakah pelayanan tersebut terjangkau? Bagaimana memastikan masyarakat tidak akan jatuh miskin disebabkan oleh biaya untuk kesehatan?

Kebijakan kesehatan oleh karena sebab-sebab di atas adalah untuk memastikan bahwa pertanyaan-pertanyaan di atas harus dapat dijawab dan kebijakan kesehatan perlu dikembangkan dan diimplementasikan. Tujuan untuk memantapkan kesehatan keluarga miskin di sini harus lebih implisit apakah benar-benar berpihak kepada keluarga miskin (Brehaut & Juzwushin, 2005).

Demikian juga apakah kebijakan kesehatan terhadap keluarga miskin tersebut untuk



Gambar 1. Langkah-langkah pada Kebijakan Kesehatan

memaksimalkan pemantapan kesehatan mereka? Selanjutnya pemantapan kesehatan dan pemantapan kesejahteraan harus dibedakan karena dari dua kebijakan ini karena sangatlah berbeda maknanya. Kebijakan kesehatan untuk keluarga miskin adalah untuk memantapkan kesehatan mereka. Contoh, penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi semua keluarga miskin melalui kebijakan jaminan sosial kesehatan masyarakat. Pada hakikatnya walaupun kebijakan kesehatan di atas sangat luas perlindungan dari penyakit terhadap keluarga miskin dan penurunan beban biaya penyakit, perlu dipastikan apakah keluarga miskin itu memiliki akses pengobatan yang sesuai untuk kesehatan mereka (Brehaut & Juzwushin, 2005).

Kebijakan dan Hasil Penelitian

Apakah hasil penelitian dapat menjadi bukti untuk kebijakan kesehatan? Data-data yang didapatkan dari penelitian terhadap pengembangan suatu kebijakan mungkin saja dapat bersifat normatif. Namun demikian langkah-langkah yang akan diambil dalam penyusunan kebijakan kesehatan sarannya adalah langkah-langkah yang berbasis bukti. Skema di bawah ini menggambarkan langkah-langkah untuk sampai kepada kebijakan (Fafard, 2008).

Hal yang perlu diperhatikan pada skema di atas adalah mendapatkan data yang berbasis bukti yang tentu saja melalui suatu rangkaian penelitian, dan akan dimanfaatkan untuk menghasilkan kebijakan. Pada langkah-langkah ini sangat tergantung kepada pengalaman peneliti, teori, acuan kepustakaan,

termasuk cara untuk mentransfer pengetahuan. Dengan kata lain, kebijakan kesehatan yang berbasis bukti yang menggunakan metode-metode untuk mentransfer pengetahuan kepada pengambil kebijakan sangat diperlukan, agar supaya mereka dapat memahami dan mengimplementasikannya (Fafard, 2008).

Pada tingkatan transfer pengetahuan, hasil-hasil dari penelitian ditranslasikan ke dalam rekomendasi dari kebijakan dengan mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan dari hasil penelitian. Di sini peneliti-peneliti membuat rekomendasi-rekomendasi terhadap program-program, mulai dari pengesahan sampai pada hal-hal yang membantah suatu kebijakan, yang tentu saja berdasarkan bukti-bukti yang ada (CDC US, 2008). Jelasnya hasil penelitian harus diberikan kepada penentu kebijakan agar dapat dimanfaatkan. Walaupun perlu dipertimbangkan bahwa pengambil keputusan tidak banyak yang memakai hasil penelitian sebagai *empirical evidence*, karena mereka sering berdasarkan pertimbangan-pertimbangan lain termasuk mempertimbangkan kultur dan politik dari masyarakat (CDC US, 2008). Basis bukti untuk membuat kebijakan tidak selalu dimanfaatkan. Kenyataannya kebijakan kesehatan sering kali hanya didasarkan pada asumsi, pertimbangan politik, kelompok, perorangan serta manajemen krisis yang bersifat kedaruratan.

Hal-hal lain yang menjadi perhatian dalam kebijakan kesehatan antara lain bagaimana mengkombinasikan opini-opini dan harapan-harapan dari masyarakat terhadap pemegang atau pemutus

kebijakan, dan memastikan bahwa masyarakat tidak bingung dengan kebijakan yang akan dikeluarkan yang mungkin saja tidak bermanfaat (Wooding *et al.*, 2004).

Testing dan evaluasi dari kebijakan program-program kesehatan yang dianggap efektif dan efisien dapat menentukan hal-hal apa saja yang seharusnya dilakukan, tentu saja yang berbasis bukti yang metodenya dilakukan secara hati-hati dan ilmiah. Hal yang berbasis bukti tersebut nantinya menjadi dasar dalam penerapan suatu kebijakan dari pilihan program-program. Jelasnya *empirical evindence* adalah menjadi pegangan yang sangat kuat, bukan sekedar bukti untuk kebijakan.

Gambar di bawah ini menunjukkan alur dari bukti-bukti yang menginformasikan kebijakan (Boven & Zwi, 2005).

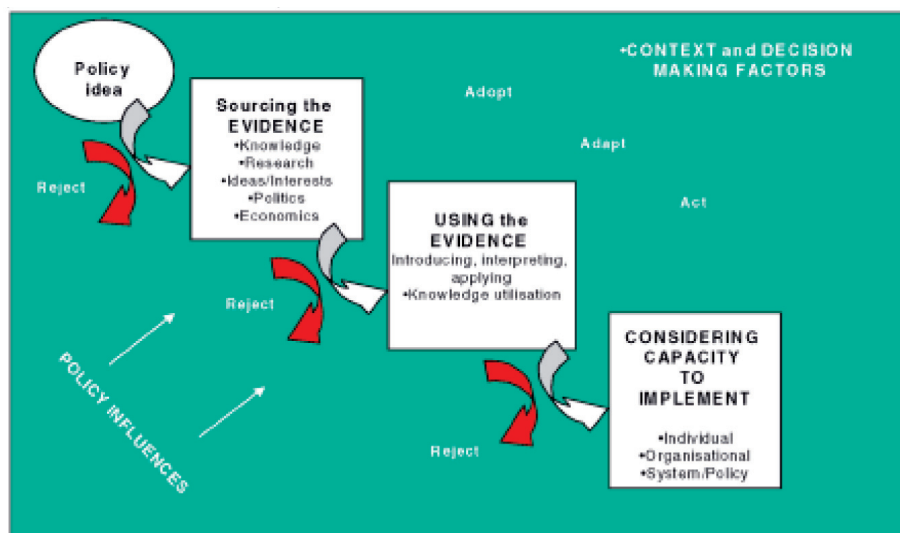
Gagasan/ide dari kebijakan beralur melalui tiga proses yaitu sumber, penggunaan dan pelaksanaan dari pembuktian. Alur ini juga melibatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan melalui suatu proses yang diartikan sebagai mengadopsi, mengadaptasi dan melakukan. Saat diadopsi, pembuktian biasanya diadaptasi atau dirubah sebelum digunakan dalam konteks kebijakan. Di sini aktor kebijakan dan praktisi harus mengerti dan mampu memutuskan yang terbaik dari bukti-bukti tersebut yang akan diimplementasi pada setiap keadaan. Alur ini memperhatikan keragaman individu, organisasi dan nilai-nilai yang telah tersistem (Bowen & Zwi, 2005).

Penelitian kesehatan yang dapat memberikan bukti akurat akan memiliki dampak yang sangat besar terhadap kebijakan kesehatan (Fafard, 2008). Dukungan dari penelitian untuk mengembangkan kebijakan kesehatan harus dilakukan lebih banyak lagi agar supaya dapat mengetahui ciri-ciri, proses, analisis kebijakan kesehatan dan menciptakan kebijakan kesehatan yang berbasis bukti.

PENUTUP

Berbagai disiplin dari tinjauan kepustakaan yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan telah didiskusikan. Namun demikian, kepustakaan-kepustakaan tersebut tidaklah *mutual exclusive*. Dengan kata lain, ada kepustakaan yang mendukung dan ada yang tidak. Intinya adalah tinjauan kepustakaan ini dapat dimanfaatkan dalam kontribusinya sebagai pertimbangan, untuk hal-hal yang berhubungan dengan pengembangan kebijakan kesehatan.

Sebagai kesimpulan kebijakan kesehatan dapat dikembangkan dan akan terlaksana apabila ada bukti-bukti yang menunjang dan lengkap, kemudian dapat mendefinisikan suatu masalah dan mengklarifikasikannya sesuai dengan tujuan dan sasaran yaitu untuk menangani persoalan-persoalan kesehatan demi meningkatkan status kesehatan masyarakat.



Gambar 2. Evidence-Informed Policy and Practice Pathway (Boven and Zwi, 2005)

KEPUSTAKAAN

- Baker C, 1996. *The Health Care Policy Process*. Sage Publication Inc. London. UK.
- Blaikie P and JG Soussan, 2001. *Understanding Policy Processes*. University of Leeds. UK
- Bornemisza O and Sondorp E, 2002. *Health Policy Formulation In Complex Political Emergencies and Post-Conflict Countries. A Literature Review*. London School of Hygiene & Tropical Medicine University of London. Department of Public Health and Policy. Health Policy Unit London UK.
- Bowen S and Zwi AB, 2005. *Pathways to "Evidence-Informed" Policy and Practice: A Framework for Action*. PLoS Medicine. Vol. 2. 7. 166.
- Brehaut JD and Juzwishin D, 2005. *Bridging the Gap: The Use of Research Evidence in Policy Development*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada.
- Buse K, May N, Walt G, 2005. *Making Health Policy. Understanding Public Health*. Open University Press McGraw – Hill House. Berkshire England. UK.
- Cassels A, 1995. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of international health development* 7(3): 329–49.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008. *US State Policy Guide: Using Research in Public Health Policymaking* A Publication of The Council of State Governments 2008. U.S. Department of Health and Human Services.
- Davies JK, 2001. Back to the Future? Prospects for healthy public policy. *Public Health Medicine* 3, (2): 62–6.
- DeLeon P, 1999. *The missing link revisited: contemporary implementation research*. Policy Studies Review 16: 311–38
- Evans G, Manning N, 2003. Helping Governments Keep Their Promises *Making Ministers and Governments More Reliable Through Improved Policy Management* Report No. IDP-187 South Asia Region- Internal Discussion Paper.
- Fafard P, 2008. *Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US.
- Frenk J, 1993. The health transition and the dimensions of health system reform. Paper presented at the *Conference on Health Sector Reform in Developing countries: Issues for the 1990s*. pp. 10–13. Harvard School of Public Health, New Hampshire. In Macrae, Zwi and Gilson, 1996 *Ibid*.
- Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone.
- Grenn J and Thorogood N, 1998. *Analysing Health Policy. A sociological Approach*. Addison Wesley Longman Ltd. Essex.
- Hunter DJ, 2005. Choosing or losing health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(12) (December 1): 1010–3
- Juma C and Clark N, 1995. Policy research in sub-Saharan Africa: An Emploration. *Public Administration and Development*, Vol. 15, pp. 121–37.
- Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Seers K, Thompson DR, 1996. *From research to practice: One organizational model for promoting research-based practice*. J Adv Nurs 23: 430–40
- Labonte R, 1998. Healthy public policy and the World Trade Organization a proposal for an international health presence in future world trade/investment talks. *Health Promotion International* 13(3): 245–56.
- Leppo K, 2001. *Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health systems*. A background paper prepared for the Forum of senior policy maker and manager of health systems WHO. Geneva, 16–18 July.
- Lee K, Buse K and Fustukian S, 2002. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press. UK
- Milio N. (2001). Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(9) (September 1): 622–3.
- Mohindra KS, 2007. Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. *Health Promotion International* 22(2) (June 1): 163–9.
- Poter J, Ogden J, Pronyk P, 1999. *Infectious disease policy: towards the production of health*. Health Policy and Planning; 14(4): 322–8.
- Peabody JW et al., 1999. *Policy and Health: Implication for Development in Asia*. Cambridge University Press. Cambridge UK.
- Pollard A and Court J, 2005. *How Civil Society Organisations Use Evidence to Influence Policy Processes: A literature review*. ODI Working Paper 249.
- Ritsatakis A, 1987. *Framework for the analysis of country (HFA) policies*. WHO Regional Office for Europe, 1987 (document ICP/MPN 032) Copenhagen Denmark.
- Ritsatakis A, Barnes R, Dekker E, Harrington P, Kokko S, Makara P, 2000. *Exploring health policy development in Europe*. WHO regional publications. European series; No. 86. Copenhagen Denmark.
- Springate O, Baginski and John Soussan, 2007. *A Methodology for Policy Process Analysis Livelihood-Policy Relationships in South Asia*. Working Paper 9. DFID London UK.
- Sutton R, 1999. *The Policy Process: An Overview*. Overseas Development Institute Portland House Stag Place. London. UK.
- Sutton F and Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone Harcourt Brace. London. UK.

Sutcliffe S and Court J, 2006. *A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*. Overseas Development Institute. Research and Policy in Development Programme. London UK.

Walt G, 1994. *Health policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books. UK.

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): 353–70.

World Health Organisation (WHO), 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Performance* (p. 1–125). Geneva.

Wooding S, Scoggins A, Lundin P, Ling T, 2004. *Talking Policy An examination of public dialogue in science and technology policy*. RAND Corporation Santa Monica, CA US.