

MENERJEMAHKAN HASIL PENELITIAN KEDALAM KEBIJAKAN DAN PELAYANAN KESEHATAN

Siti Sundari ¹

TRANSFERRING RESEARCH INTO POLICY AND PRACTISE

Abstract. *This paper describes the method used to transfer the research result into policy and practice using the conceptual framework developed by Hanney S.R. et.al including the process to write Policy Memoranda and the dissemination of end research product using Policy Memorandum as an input into policy and practice. There are three process to transferring research into policy and practise, namely 1) identification of client's need on information and identification of the capacity to use the research product into practice, 2) designing and implementing the appropriate and feasible research strategy, 3) communicating and disseminating the important research recommendation to policy makers. The process of transferring research into policy required two interfaces and six stadio. The interface A is composed of research activities including the health policy research which end product is the research report. The Interface B accommodates the systematic review of policy analysis to produce recommendation for policy and practice. The importance of quality, balance of benefits as well as downsides/harms- burdens and cost of evidences were substantially discussed. The success of transferring research into policy and practice will depend on the research plan, implementation and dissemination of the result. The involvement of stakeholder in research should occurred at all stadio and interfaces starting from identifying the topic, desinging the method and end up in the dissemination process.*

Key words: health Policy, policy research, evidence, policy memorandum

PENDAHULUAN

Hasil penelitian akan sangat bermanfaat apabila dapat digunakan dalam kebijakan dan diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari karena hasil penelitian didasarkan pada konsep yang tervalidasi, dilaksanakan secara tepat sehingga mampu mengemukakan masalah kebijakan dan pelayanan kesehatan yang ada. Pada kenyataannya banyak hasil penelitian yang kurang dimanfaatkan karena kurang intensifnya diseminasi hasil penelitian, bentuk laporan yang kurang dapat dicerna oleh praktisi maupun pembuat kebijakan dan kurang relevannya topik penelitian dengan prioritas pembangunan kesehatan.

Berdasarkan WHO dan Kementrian Negara Riset dan Teknologi, ada dua bentuk penelitian yang dilakukan yaitu **Penelitian Dasar** yang lebih bersifat inovatif, teoritis dan eksperimental dan **Penelitian Terapan** yang melakukan kegiatan investigatif untuk memperoleh pengetahuan baru yang diarahkan untuk tujuan praktis tertentu serta bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas, merancang dan mengevaluasi program serta kebijakan yang ada guna memaksimalkan manfaat bagi kesehatan masyarakat dari sumberdaya yang tersedia (*focused on solving spesific problems relating to health care system and delivery*) ^(1,2).

¹ Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan,
Badan Litbangkes

Kebijakan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia ⁽³⁾ adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana di pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan cara bertindak, dan menurut *Longman Dictionary* ⁽⁴⁾. “Policy is Plan or Course of action

indirecting affairs; a Written Statement of the details of an agreement...”

Menurut pendapat ahli ada beberapa kategori kebijakan yang dapat diberikan masukan hasil penelitian sebagai berikut :

Kategori	Lomas	Hanney, S.R	Black
I	<i>Legislative Policies: relate to the overall framework for organizing health service</i>	<i>National Policies</i>	<i>Governance Policies: relate to organizational and financial structure</i>
II	<i>Administrative Policies: relate to the running of services and allocation of resources within the overall framework</i>	<i>Local Health Service Policies</i>	<i>Service Policies: covers resource allocation issues and pattern of services</i>
III	<i>Clinical Policies: "What therapies are applied"</i>	<i>Policies made by professional bodies</i>	<i>Practice Policies: the use of resources by practitioner in delivering patient care</i>

Sumber: Hanney, S.R ⁽⁵⁾.

Berdasarkan informasi tersebut *stakeholder* kebijakan yang dapat diberi masukan hasil penelitian, berada pada tingkat:

- Kebijakan manajerial atau pemerintahan (pusat/daerah) terkait dengan struktur organisasi dan pengaturan keuangan,
- Kebijakan operasional/administratif/pelayanan terkait dengan alokasi sumberdaya dan pola pelayanan,
- Kebijakan praktis/teknis/klinis terkait dengan penggunaan sumber daya (tenaga, dana, metoda, sarana/prasarana) untuk pemberian pelayanan.

Di Amerika Serikat, petugas pemerintahan di tingkat pusat dan daerah yang terlibat langsung dalam kegiatan penelitian kebijakan disebut *Legislatif analyst/Program Analyst/Management analyst* dan

sekurangnya menguasai teknik pengumpulan dan analisis data (data sets) serta mampu menggunakan berbagai metode seperti eksperimen, survei dan analisis ekonomi ⁽⁶⁾.

Pada tahun 2000 WHO membentuk “*Alliance for Health Policy and System research*” yang bertujuan untuk mempromosikan pengembangan kapasitas dan diseminasi hasil penelitian untuk dan dari kebijakan. Aliansi ini dengan 300 institusi yang terlibat berperan penting dalam mengakomodasi kegiatan penelitian kebijakan serta diseminasinya ⁽⁷⁾.

Di jajaran Depkes, kegiatan terkait dengan analisis kebijakan kesehatan dilakukan oleh Puskabangkes, sedangkan penelitian kebijakan dilakukan oleh Badan Litbangkes sesuai dengan Permenkes No. 1575 tahun 2005 ⁽⁸⁾.

Tulisan ini membahas pengertian penelitian kebijakan dan analisis kebijakan serta cara menerjemahkan hasil penelitian kedalam kebijakan dan pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan yang direkomendasikan oleh Hanney dkk^(5,9) termasuk persyaratan evidens yang diperlukan untuk opsi rekomendasi Kebijakan.

Pengertian Penelitian Kebijakan dan Analisis Kebijakan

Penelitian Kebijakan (*Policy Research*) menurut Putt dan Springer (dalam Hass dan Springer) "*is a catch-all term embracing the many information-gathering and processing activities that public agencies engage in to facilitate decision making*" yang dibagi 2 jenis oleh Carley (dalam Hass dan Springer) yaitu *Analysis for policy* dan *Applied policy research* atau *action research*⁽⁶⁾. *Analysis for policy* sebagai *applied policy research* dilakukan oleh pembuat kebijakan untuk memperbaiki atau mengintensifkan suatu kebijakan program sedangkan *Applied policy research* dilakukan untuk hal yang berhubungan dengan faktor-faktor kebijakan yang dapat dimanipulasi (*policy manipulable factors*)⁽⁶⁾. Penelitian kebijakan tidak ditujukan untuk memecahkan permasalahan namun untuk menyampaikan informasi dan analisis dari beberapa sudut pandang kebijakan yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak bagi pembuat keputusan.

Penelitian Kebijakan Kesehatan (*Health Policy Research*) menurut WHO (dalam Siswanto) "*is a research which uses an appropriate Analytical Tool (Health Economics, Burden of Disease, Costing analysis) for the purpose of setting Policy Options in order to enable a choice among confliction options*"⁽¹⁰⁾.

Analisis Kebijakan (*Policy Analysis/Analysis of Policy*) menurut Carl V.

Patton adalah "*the process through which we identify and evaluate alternative policies or programs that are intended to lessen or resolve social, economic or physical problems*" yang lebih memperhatikan sebab dan akibat dari kebijakan maupun program dan tidak secara langsung mempengaruhi keputusan kebijakan^(1, 11). Pengertian ini senada dengan apa yang dikatakan Simatupang sebagai suatu proses atau kegiatan mensintesis informasi termasuk hasil-hasil penelitian untuk menghasilkan rekomendasi opsi disain Kebijakan Publik⁽¹²⁾.

Analisis Kebijakan kesehatan (*Health Policy Analysis*) menurut WHO (dalam Siswanto) "*is the application of scientific methods in the formulation of policy options and descriptions of consequences or implications of each options*"⁽⁸⁾.

Proses penerjemahkan hasil penelitian kedalam Kebijakan

Ada 3 proses penerjemahan hasil penelitian untuk kebijakan yaitu: 1) mengidentifikasi kebutuhan klien termasuk informasi tentang kapasitas pemanfaatan hasil riset untuk kebijakan, 2) merancang dan melaksanakan strategi penelitian yang tepat dan sesuai kebutuhan, 3) melakukan diseminasi informasi yang bermanfaat bagi klien /pengambil keputusan.

Hanney et.al^(5,9) membuat model untuk menilai bagaimana proses penelitian dilaksanakan sampai menjadi suatu kebijakan (Gambar 1). Model ini menggunakan 6 stadium dan 2 *interfaces* (A dan B). Sebelum *interface* A perlu dilakukan stadium 0 yaitu identifikasi kebutuhan klien atau keperluan pengembangan pe-ngetahuan itu sendiri

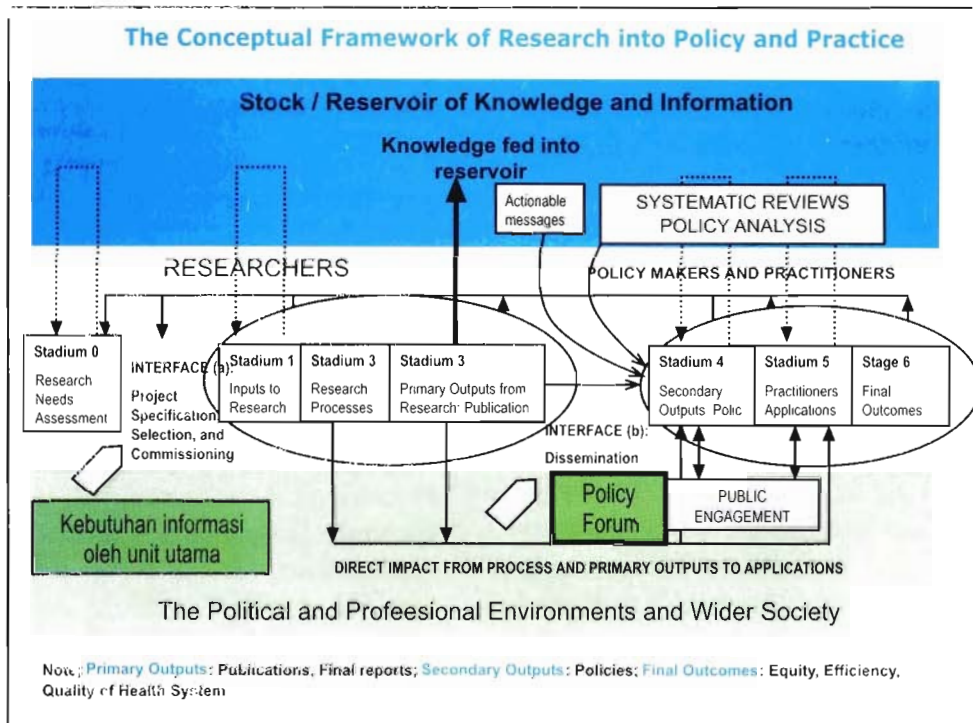
Perbandingan karakteristik Analisis dan Penelitian Kebijakan dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 1. Perbandingan Karakteristik Analisis dan Penelitian Kebijakan

ASPEK	PENELITIAN KEBIJAKAN	ANALISIS KEBIJAKAN
Tujuan/Output	Deskripsi Kebijakan	Preskripsi Kebijakan
Motivasi Klien	Panduan kebutuhan klien dan peneliti Semua peminat kebijakan dan disiplin terkait	Kebutuhan spesifik klien Peminat kebijakan, spesifik individu atau kelompok
Metode	Ilmiah Formal	Sintesa teori, hasil penelitian dan informasi terkait
Bahan Waktu	Data asli Longgar, tergantung munculnya isu	Data olahan +mentah Deadline ketat, tergantung titik waktu keputusan
Penyajian	Menurut standar teknis publikasi ilmiah	Praktis, mudah dipahami klien dengan cepat dan tuntas
Diseminasi	Publikasi terbuka bagi semua pihak, tidak langsung kepada klien	Disampaikan langsung kepada klien

Sumber: Pancar Simatupang⁽¹²⁾

Gambar 1: Kerangka Konsep Menerjemahkan Riset kedalam Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan



Sumber: Hanney, SR. *et.al*^(5,9)

Kebutuhan klien pada tahun 2008 sebagai contoh diarahkan untuk mengurangi kesenjangan status kesehatan dan

akses terhadap pelayanan kesehatan antar tingkat sosial, ekonomi, kawasan, per kotaan, perdesaan yang masih cukup tinggi. Berdasarkan hal tersebut mulai

diidentifikasi permasalahan kunci dan strategi apa yang perlu diteliti untuk mengurangi kesenjangan status kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan tersebut. Identifikasi dapat dilakukan melalui pendekatan *Knowledge driven Model* atau pendekatan *Problem Solving Model*.

Kegiatan Interface A

Merupakan fase untuk spesifikasi dan seleksi proposal/protokol dan oleh karena itu sangat penting untuk duduk bersama dengan *stakeholder* terkait. Kegiatan ini terdiri dari 3 stadium yang dilakukan sebagai berikut:

Stadium 1: masukan penelitian seperti pembentukan tim peneliti, pengadaan dana, sarana dan prasarana termasuk kajian pustaka;

Stadium 2: pelaksanaan penelitian. Pada stadium ini perlu ditetapkan peran langsung dari klien dan dinilai seberapa besar metode yang digunakan menghasilkan luaran yang bermakna bagi praktisi dan pembuat kebijakan.

Stadium 3: dikeluarkannya *primary output* hasil penelitian berupa pengetahuan dan manfaat riset yang tertuang dalam suatu publikasi dan hasil ini juga merupakan masukan untuk stok ilmu pengetahuan dan informasi.

Kegiatan Interface B

Kegiatan diseminasi hasil penelitian adalah kunci keberhasilan pemanfaatan hasil penelitian yang bersifat lebih proaktif dibanding publikasi Kegiatan ini dilakukan dalam *Interface B* melalui Kajian Sistematis 3 tahap yaitu di stadium 4,5 dan 6.

Stadium 4: semua evidens yang ada mulai dianalisis dan dinilai berdasarkan besarnya efek terhadap opsi/rekomendasi yang diberikan. Tidak semua evidens setara kualitasnya, untuk itu perlu dievaluasi berdasarkan kualitas (*level of evidence*), azas

manfaat dan keseimbangan antara untung-rugi dari evidens tersebut (*balance of benefits and downsides ; harms-burdens, cost*)⁽¹³⁾. Sintesis evidens diharapkan dapat mengungkapkan bagaimana evidens tersebut diperoleh, seberapa besar relevansinya dan seberapa kuat asosiasinya dengan opsi rekomendasi yang diajukan. Evidens yang kuat-berkualitas baik namun tidak seimbang dapat dikatakan lemah sehingga kurang baik untuk digunakan dalam opsi rekomendasi. Hasil akhir stadium 4 berupa masukan dan informasi (*secondary output*) hasil penelitian yang disampaikan pada praktisi dan pembuat kebijakan untuk diaplikasikan (*research-informed policies*)

Dengan diperolehnya hasil tersebut perlu dicerna kembali seberapa besar hasil penelitian tersebut mampu mempengaruhi Kebijakan yang ada. Fakta menunjukkan bahwa tidak semua hasil penelitian dapat dijadikan opsi kebijakan dan tidak semua hasil penelitian mendapat tanggapan ataupun digunakan oleh pembuat kebijakan maupun praktisi kesehatan. Masukan untuk Kebijakan sangat dipengaruhi oleh besar dan sahnya fakta/evidens yang dihasilkan oleh suatu penelitian. Bentuk evidens yang dikeluarkan oleh suatu penelitian dapat berupa: Data dan Temuan; Ide dan Kritik, *Brief* dan argumen untuk tindakan.

Data dan Temuan

Pada proses pengusulan opsi kebijakan, peneliti menyampaikan data/statistik dan hasil survei ke pembuat kebijakan akan tetapi keberhasilan diperhatikannya usulan tersebut tampaknya sangat rendah. Angka yang menunjukkan perbedaan yang konsisten dalam kematian dan kesakitan menurut strata sosial mungkin tidak akan diperhatikan ataupun diambil tindakan dalam waktu dekat kecuali misalnya pada kasus akut dan menyebabkan kematian yang tinggi seperti Flu Burung, DBD mungkin akan segera ditindak lanjuti. Evi-

dens untuk opsi kebijakan seyogyanya diambil dari beberapa studi yang tentunya relevan dengan rekomendasi opsi yang diusulkan. Menurut *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* ⁽¹⁴⁾ ada beberapa tahap analisis yang perlu dilakukan sebelum merekomendasikan suatu evidens yaitu: 1) merancang kerangka konsep analisis evidens dan menetapkan pertanyaan-pertanyaan kunci sebagai panduan dalam kajian sistematis, 2) kajian pustaka dan hasil-hasil penelitian untuk menjawab pertanyaan kunci, 3) menetapkan ranking sumber data yang digunakan, 4) estimasi untung-rugi dari evidens yang ada, 5) menetapkan keseimbangan antara keuntungan dan kerugian pemanfaatan evidens dalam pelayanan. AHRQ merekomendasikan 4 jenjang evidens yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam menilai kualitas pelayanan klinik:

1. *Grade A: Strongly Recommended Evidence* dimana fakta/metode/strategi/rekomendasi yang diusulkan agar selalu digunakan karena dapat meningkatkan derajat kesehatan pasien/masyarakat. Metode/strategi yang direkomendasikan tersebut memberikan keuntungan yang jauh melebihi kerugian yang mungkin akan terjadi.
2. *Grade B: Recommended Evidence* fakta/metode/strategi/rekomendasi yang diusulkan agar digunakan dalam pelayanan kesehatan tertentu karena dapat meningkatkan kesehatan pasien/masyarakat .
3. *Grade C:* Evidens tidak direkomendasikan karena adanya keseimbangan antara keuntungan dan kerugian dalam penerapan metode/strategi yang direkomendasikan .
4. *Grade D:* Evidens dilarang untuk diaplikasikan karena kualitasnya buruk

dan tidak bisa ditentukan untung ruginya.

Di Indonesia, standar pelayanan kesehatan/SOP belum semuanya dikategorikan menurut gradasi/tingkat evidens seperti diatas. Untuk upaya kesehatan masyarakat, khususnya upaya promotif dan preventif, belum banyak yang ditetapkan menurut jenjang manfaat ataupun menurut keseimbangan untung-rugi (*cost benefit analysis*) penerapan upaya tersebut.

Menurut World Bank (dalam Atmawikarta) pada tahun 1998 untuk setiap investasi 1 USD program Fortifikasi tepung dengan zat besi memberikan manfaat sebesar 84.1 USD, sedangkan program pemberian makanan tambahan bagi balita hanya memberi manfaat sebesar 1.4 USD⁽¹⁵⁾. Evidens upaya kesehatan masyarakat ini dikategorikan mempunyai kualitas yang baik karena dikeluarkan oleh instansi yang *credible*. Berdasarkan evidens tersebut mungkin dapat direkomendasikan agar program pemberian makanan tambahan bagi balita dikaji ulang karena tidak memberikan investasi yang baik dan program fortifikasi tepung dengan zat besi mungkin dapat dilakukan dalam skala nasional. Tentu saja sebelum rekomendasi kebijakan tersebut disampaikan ada baiknya diperhitungkan *balance of benefits and downsides serta harms-burdens cost* dari opsi kebijakan yang akan diambil.

Ide dan Kritik

Evidens dalam bentuk ide dan kritik lebih mudah diterima oleh pembuat kebijakan namun mereka umumnya hanya akan mengingat ide yang menurut mereka penting.

Brief dan argumen untuk tindakan

Usulan kebijakan dalam bentuk *Brief* ataupun argumen yang ditulis dalam memorandum lebih bersifat menjual opsi -

opsi kebijakan. Dengan adanya *Policy Brief* atau *Policy Memorandum*, pembuat kebijakan akan diberikan informasi yang spesifik dan jelas dan juga waktu yang digunakan untuk membaca informasi tidak banyak. Namun cara ini mempunyai kecenderungan untuk menimbulkan konflik karena ada yang akan diuntungkan dan dirugikan bila opsinya tidak diterima.

Menurut *American Democracy Institutes* ⁽¹⁶⁾ tidak ada formula spesifik yang digunakan dalam penulisan *Policy Memorandum*, namun siapa target audiens dari Memo tersebut harus sudah ditetapkan terlebih dahulu. Memo ditulis dengan spasi tunggal dan dipisahkan dengan spasi ganda untuk tiap paragraf dengan jumlah halaman 3 sampai 5 halaman tergantung banyaknya evidens yang dikemukakan. Penyajian gambar dalam memo akan lebih efektif.

Policy memoranda berisi latar belakang yang mengulas tentang situasi dan permasalahan yang menyebabkan perlunya dilakukan penelitian dan dilanjutkan dengan hasil analisis yang telah dilakukan. Isu berisi opsi kebijakan dapat disampaikan dalam bentuk pertanyaan/permasalahan yang perlu dicarikan opsi pemecahannya. Isu sebaiknya diberikan paling sedikit dua agar dapat dibandingkan alternatif-alternatif seperti yang diuraikan dalam pilihan Isu. Terakhir *policy memoranda* berisi rekomendasi tentang Isu yang dipilih dan diusulkan untuk menjadi masukan kebijakan.

Pada tahap ini diseminasi sebaiknya dilakukan melalui *actionable message* seperti *policy forum*, *seminar*, *round table discussion*, presentasi ke *stakeholder* dan lokakarya. Dalam forum-forum tersebut peneliti dapat terlibat aktif dalam perumusan masalah kebijakan dan memberi masukan untuk agenda kebijakan; selain itu peneliti dapat pula terlibat dalam pe-

ramalan formulasi kebijakan dan memantau serta evaluasi implementasi kebijakan tersebut.

Stadium 5. Adopsi hasil penelitian oleh praktisi dan masyarakat berupa antara lain, dikeluarkannya petunjuk teknis, SOP, dan pedoman lokal. Pada stadium ini peneliti memperoleh *lesson-learned* melalui identifikasi perubahan perilaku yang terjadi di tingkat pelaksana program maupun di masyarakat yang disebabkan oleh rekomendasi hasil penelitian atau oleh faktor lain.

Stadium 6. *Final outcome.* Tercapainya *health benefit* (ekuiti, efisiensi, kualitas, penerimaan/kepuasan dan kesinambungan pelayanan kesehatan) dan *broader economic benefit*.

DAFTAR RUJUKAN

1. WHO Commission on Macroeconomics and Health Working Group 2. Global Public Goods for Health. The report of Working Group 2 of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO Geneva, 2002.
2. Fajar Suprpto. Aktualisasi penelitian dan pengembangan forum komunikasi kelitbangan. Forum Komunikasi kelitbangan. Kementrian Negara Riset dan Teknologi. Jakarta 17 November 2005.
3. Pusat Bahasa, Tim Penyusun Kamus, Kamus Besar Bahasa Indonesia., ed.3-cet.2-Jakarta: Balai Pustaka, 2002.
4. Longman dictionary of American English, A Dictionary For Learners of English, Longman Inc. USA, 1983.
5. Hanney S.R.,Gonzales-Block,M.A.,Buxton, M.J.,Kogan,M. The Utilisation of Health Research in Policy Making: Concepts, Examples and Methods of Assessment, Health Research Policy and System 2003, 1:2 (diperoleh dari <http://www.health-policy-system.com/content/1/1/2> tanggal 12 Maret 2007).
6. Hass P.J. & Springer J.F. Applied Policy Research: Concepts and Cases, Garland Publishing, Inc.,New York & London, 1998.

7. Gonzales-Block M., *Network* focusing on policies and cross-cutting issues affecting health: Alliance for Health Policy and System research. In Global Forum for Health Research, Geneva, WHO 2000, p.193-200).
8. Siswanto, Peran Riset dan Kebijakan Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya, 2007.
9. Hanney S.R., Grant, J., Wooding, S., Buxton, M.J., Proposed methods for reviewing the outcomes of health research: the impact of funding by the UK's 'Arthritis Research Campaign' Health Research Policy and System 2004, 2:4 (diperoleh dari <http://www.health-policy-system.com/content/2/1/4> tanggal 12 Maret 2007).
10. Siswanto. The Effort to link Research with Policy: An experience from the Center for Health Policy and Systems R&D, NIHR&D, MOH RI. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol 9 No.2, 2006.
11. Steps for a successful analysis, diperoleh dari <http://www.socialresearchmethods.net/tutorial/Barrien/barrien.htm>. pada tanggal 1 April 2007.
12. Simatupang, P. Analisis Kebijakan : Konsep dasar dan prosedur pelaksanaan. Klarifikasi Beberapa Konsep dasar Kebijakan Publik dan Kebijakan Privat.
13. Oxman, D.A., Schuneman, J.H., Fretheim, A., Improving the Use of Research evidence in Guideline Development: 16. Evaluation, Health Research Policy and Systems, 2006:4:28 (diperoleh dari <http://www.health-policy-systems.com/content/4/1/28> tanggal 12 Maret 2007).
14. Agency for Healthcare Research and Quality, The Guide to Clinical Preventive Services 2006, Recommendations of the U.S. Preventive Services Tasks Force, DHHS, USA, 2006 (diperoleh dari <http://www.health-policy-system.com/content/1/1/2> tanggal 12 Maret 2007).
15. Atmawikarta A., Sasaran Pembangunan Nasional dan Proyeksi Prevalensi Gizi Kurang pada Balita sampai dengan tahun 2005. Materi Presentasi pada pertemuan Pembahasan Dampak Pembangunan Kesehatan sampai dengan 2025. Jakarta, 8 Mei 2007.
16. American Democracy Institute, Writing a policy memo. Diperoleh dari <http://www.americandemocracyinstitute.org> tanggal 30 Maret 2007.