

KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS BUKTI

EVIDENCE-BASED PUBLIC HEALTH POLICY

Hari Kusnanto

Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Evidence-based public health policy is not a linear extrapolation of evidence-based medicine to the public health arena. Relevant typologies, rather than hierarchies, of evidence, should be applied to support public health policy. There are multiple dimensions of evidence used for health policy formulation in a specific political, social and cultural context. Typologies of evidence for public health policy are broader than clinical practices. Methods for evidence production, appraisal and systematic reviews for public health policy need to be developed and applied to solve major public health issues, such as tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke.

Keywords: evidence, public health, policy

ABSTRAK

Kebijakan kesehatan masyarakat berbasis bukti tidak sekedar ekstrapolasi kedokteran berbasis bukti ke dalam bidang kesehatan masyarakat. Dalam kebijakan kesehatan masyarakat tidak diterapkan hirarki bukti tetapi jenis-jenis bukti berbeda yang relevan untuk mendukung kebijakan. Ada berbagai dimensi bukti yang dapat digunakan untuk mendukung perumusan kebijakan kesehatan dalam konteks politik, sosial dan budaya. Jenis-jenis bukti untuk kebijakan kesehatan masyarakat lebih luas dibandingkan bukti-bukti klinis. Bagaimana menghasilkan, menilai dan melakukan kajian atas bukti kesehatan masyarakat secara sistematis perlu dikembangkan dan diaplikasikan untuk persoalan-persoalan penting kesehatan masyarakat, misalnya melawan rokok dan paparan terhadap asap rokok secara pasif.

Kata kunci: bukti, kesehatan masyarakat, kebijakan

PENGANTAR

Seperempat abad yang lalu wacana praktik medis berbasis bukti telah digulirkan, walaupun dengan pelbagai nama seperti epidemiologi klinik, *critical appraisal*, atau kajian sistematis.¹ Para dokter dituntut untuk memberikan pelayanan klinis berdasarkan bukti (*evidence*), yakni mengambil keputusan dalam pelayanan terhadap pasien atas dasar bukti yang terbaik, melalui pertimbangan masak, eksplisit dan cermat. Dalam jaminan kesehatan dengan sistem *managed care*, bukti bahwa cara diagnosis maupun pengobatan lebih memberikan manfaat dibandingkan mudarat

menentukan apakah tindakan medis tersebut ditanggung atau tidak oleh pihak asuransi.²

Bukti klinis yang baik diperoleh dari penelitian klinis yang ketat, dilandasi kaidah-kaidah penelitian ilmiah. Rentang kekuatan bukti ilmiah tersebut berkisar dari pendapat ahli (*expert judgment*) sebagai bukti yang dianggap paling lemah, sampai hasil uji klinik dengan randomisasi (*randomized controlled trial*) sebagai bukti paling kuat, khususnya setelah dilakukan kajian sistematis atas beberapa uji klinik yang dilakukan. Pelbagai instrumen telah digunakan untuk menilai kajian efektivitas intervensi terapi atau pencegahan, hubungan sebab-akibat, perumusan pedoman klinik, dan program promosi kesehatan.³ Dengan demikian bukti-bukti klinis terutama bersumber pada populasi pasien atau fenomena penyakit secara agregat. Bukti semacam ini tidak asing bagi praktisi kesehatan masyarakat yang melakukan intervensi kesehatan di masyarakat atas dasar bukti pada tingkat populasi, yang dikenal sebagai metode dan substansi epidemiologi.

Sejarah menceritakan bagaimana James Lind menggunakan perasan jeruk nipis untuk mencegah penyakit *scurvy* atas dasar penelitian pada populasi pelaut yang berminggu-minggu berlayar di tengah laut. Ignaz Semmelweis mencegah infeksi pada ibu-ibu setelah melahirkan (*puerperal fever*) dengan mengharuskan mahasiswa kedokteran untuk mencuci tangan sebelum menolong persalinan. Singkat kata, bukti ilmiah tidak cukup hanya didasarkan pada intuisi, pengalaman, dan logika patofisiologi yang menjelaskan sebab-akibat penyakit. John Snow melakukan serangkaian kajian di masyarakat untuk menunjukkan bahwa penyakit cholera yang menelan banyak korban di London ditularkan melalui air yang tercemar.

Bukti normatif dan operasional

Banyak kritik dilontarkan pada pelayanan klinis berbasis bukti yang mengartikan bukti ilmiah secara sempit, bersifat kuantitatif dan mengacu pada kaidah-kaidah probabilitas. Oleh karenanya

disepakati bahwa sekuat apapun bukti klinis yang ada, pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan perlu mempertimbangkan konteks lokal dan kebutuhan atau preferensi pasien. Dalam kebijakan kesehatan masyarakat, konteks lokal sering penuh ketidakpastian, kompleks dan sulit dipahami. Preferensi masyarakat diwarnai tarik-menarik kepentingan oleh pihak-pihak yang berbeda.⁴

Bukti ilmiah secara normatif tidak dibatasi oleh konteks. Suatu bukti mempunyai nilai yang rendah atau tinggi, sehingga bisa kurang atau sangat bermanfaat dalam melandasi pengambilan keputusan atau kebijakan. Sifat-sifat bukti (misalnya kesesuaian dengan kenyataan dan konsistensi) menentukan kualitasnya, sejauh mana bukti tersebut dapat diandalkan, terlepas dari konteks yang ada. Fokus pada kualitas bukti ini dilembagakan, misalnya dengan adanya institusi seperti Cochrane and Campbell Collaborations, yang telah mengembangkan kajian sistematis atas bukti-bukti ilmiah bermutu tinggi dalam bidang kedokteran, kesehatan dan kebijakan sosial. Dalam kajian sistematis atas kebijakan kesehatan masyarakat, pelbagai metode digunakan untuk menilai banyak penelitian, menemukan konsistensi temuan-temuan penelitian dan memahami mengapa hasil penelitian bisa berbeda-beda dan bagaimana intervensi kesehatan dapat efektif dalam konteks tertentu.⁵

Berkebalikan dengan orientasi normatif sebagaimana yang sering diterapkan pada pelayanan klinis berbasis bukti, dalam kesehatan masyarakat bukti hanya dapat dipahami sebagai kesatuan dengan konteksnya. Paham yang praktis dan operasional ini lebih sesuai dengan teori pengambilan keputusan yang harus memperhitungkan banyak faktor. Pelbagai kebijakan kesehatan sering didasarkan pada perhitungan politik, kemungkinan keberhasilan, dan waktu yang tepat. Lalu, adakah

bukti bahwa kebijakan kesehatan masyarakat tertentu cenderung bisa diterima atau sebaiknya ditolak? Kajian sistematis untuk menemukan dan menilai bukti ilmiah suatu kebijakan kesehatan tidak bisa mengandalkan penelitian yang bersifat eksperimen murni (*randomized controlled trial*), kerangka teori biomedik dan semata-mata merupakan sintesis statistik. Secara umum, kajian sistematis harus meminimalkan bias.⁶ Khusus untuk kebijakan kesehatan, Fielding dan Briss⁷ menganjurkan pemanfaatan analisis dampak kesehatan (projek, program dan kebijakan), kajian sistematis dan portofolio untuk menjamin kesesuaian kebijakan dengan masyarakat dan kelaikan dalam implementasi. Kajian sistematis atas bukti kebijakan kesehatan memang bukan segala-galanya untuk menilai apakah kebijakan tersebut sudah tepat, tetapi paling tidak bisa mengarahkan apakah perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memperkuat bukti yang telah ada, dan bagaimana penelitian harus dilakukan untuk memaksimalkan kekuatan bukti yang mendukung suatu kebijakan tertentu.

Penelusuran bukti untuk kebijakan kesehatan

Serangkaian pertanyaan dapat mengarahkan proses penelusuran bukti atas kebijakan atau intervensi kesehatan masyarakat, sehingga mampu mendukung kebijakan publik yang harus diimplementasikan di masyarakat (Tabel 1). Dalam kebijakan kesehatan, proses implementasi kebijakan atau intervensi kesehatan masyarakat juga dapat berpengaruh terhadap keberhasilan yang dicapai, sehingga hirarki bukti yang mendewakan uji klinis (*randomized clinical trial*) tidak cocok untuk diterapkan.

Tipologi bukti yang relevan dengan isi maupun proses kebijakan kesehatan tidak dinilai dengan pembobotan untuk menyusun hirarki, tetapi kesesuaian dengan perumusan dan penerapan

Tabel 1. Pertanyaan untuk menelusuri bukti yang melandasi penilaian atas intervensi kesehatan masyarakat

Faktor	Pertanyaan spesifik
Efikasi	Apakah intervensi dapat berhasil dalam kondisi ideal? Apakah dilandasi teori yang telah ada?
Efektivitas	Apakah intervensi dapat berhasil di lingkungan nyata dalam masyarakat? Adakah intervensi lain yang lebih sesuai dengan kondisi yang dihadapi?
Manfaat dan kerugian	Apakah konsekuensi intervensi? Lebih banyak manfaatnya?
Biaya	Apakah biaya terjangkau?
Nilai dibanding biaya	Apakah intervensi lebih bernilai dibandingkan alternatif-alternatif lain, relatif dibandingkan biaya yang dibutuhkan?
Manfaat inkremental	Berapa besar biaya dan manfaat tambahan dibandingkan dengan apa yang telah dilakukan selama ini?
Kelaikan	Apakah sumberdaya yang diperlukan dapat diperoleh?
Kesesuaian	Apakah intervensi sesuai dengan prioritas masyarakat, budaya, nilai-nilai dan situasi politik?
Keadilan	Apakah ada pemerataan manfaat dan sumberdaya?
Keberlanjutan	Apakah intervensi dapat didukung dengan sistem dan sumberdaya dalam jangka panjang?

Sumber: diadaptasi dari Anderson *et al.*⁵

kebijakan (Tabel 2). Kebijakan kesehatan atau intervensi kesehatan masyarakat menterjemahkan bukti-bukti ilmiah mengenai prospek intervensi tersebut melalui serangkaian pemahaman, diseminasi dan keterlibatan pemangku kepentingan, adopsi, dan implementasi pada tingkat lokal. Tantangan dalam penggunaan bukti ilmiah untuk mendukung kebijakan kesehatan masyarakat adalah kajian sistematis memadukan bukti-bukti dari pelbagai dimensi kebijakan sesuai dengan persoalan nyata di masyarakat yang bersangkutan.

akan menjadi model penting kebijakan kesehatan masyarakat berbasis bukti dalam memecahkan masalah-masalah kesehatan masyarakat pada umumnya.

KEPUSTAKAAN

1. Sacket D.J., Haynes R.B. and Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. Company. Boston. 1985.
2. Fox D.M. Evidence of evidence-based health policy: the politics of systematic reviews in

Tabel 2. Tipologi bukti untuk menilai intervensi kesehatan masyarakat

Faktor	Jenis rancangan penelitian yang menjadi sumber bukti				
	Kualitatif	Survei	Cohort & case-control	RCT	Kuasi-eksperimen
Efikasi				++	
Efektivitas			+	++	+
Proses implementasi	++	+			
Manfaat dan kerugian	++	++			
Biaya		++			
Nilai dibanding biaya			+	++	+
Manfaat inkremental		+	+	++	+
Kelaikan	++	++			
Kesesuaian	++	++			
Keadilan	+	+	+	++	+
Keberlanjutan			+	++	+

Sumber: Diadaptasi dari Penticrew dan Roberts⁹

Pengembangan metodologi kebijakan berbasis bukti: kasus memerangi rokok

Kajian sistematis atas bukti-bukti yang mendukung suatu intervensi kesehatan masyarakat masih membutuhkan pengembangan metodologis dengan aplikasi-aplikasi kebijakan publik yang luas. Sebagai contoh, upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok telah diteliti melalui pelbagai uji klinik dengan randomisasi, antara lain untuk menilai efek konseling, pemberian obat (bupropion) dan sulih nikotin (*nicotine patch*) terhadap keberhasilan individu berhenti merokok. Intervensi berhenti merokok yang dilakukan di masyarakat (dengan rancangan *randomized community intervention trial*) dapat menurunkan prevalensi merokok di antara perokok ringan dan sedang, tetapi tidak berhasil mengubah prevalensi merokok di antara perokok berat. Kebijakan kesehatan dalam memerangi kebiasaan merokok jauh lebih luas dari sekedar modifikasi perilaku individual atau pendekatan farmakologis (intervensi medis). Pengenaan pajak rokok yang tinggi, pembatasan tempat untuk merokok, peraturan pemberian label di bungkus rokok dan pariwisata sosial melalui media massa merupakan instrumen yang mungkin lebih efisien dalam memerangi rokok. Bagaimana bukti yang kompleks dan kait-mengait dapat digunakan untuk mendukung kebijakan anti-rokok secara terpadu, efektif, efisien, dan merata

coverage decisions, *Health Affairs*. 2005;24:114-22.

3. Rychetnik L., Frommer M., Hawe P., Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions, *Journal of Epidemiology and Community Health*.2002;56:119-229.
4. Dobrow M.J., Goel V., Upshur R.E.G. Evidence-based health policy: context and utilisation, *Social Science and Medicine*. 2004;58:207-217.
5. Anderson L.M., Brownson R.C., Fullilove M.T., Teutsch S.M., Novick L.F., Fielding J.E., Land C.H.. Evidence-based public health policy and practice: promises and limits, *American Journal of Preventive Medicine*.2005;28:226-9.
6. Chalmers I. Trying to do more good than harm in policy and practice: the role of rigorous, transparent, up-to-date evaluations, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*.2003;589:22-40.
7. Fielding J.E., Briss P.A. Promoting evidence-based public health policy: can we have better evidence and more action? *Health Affairs*.2006;25:969-78.
8. Peticrew M., Roberts H. Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses, *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003; 57: 527-9.