

KEBIJAKAN, SEBUAH KEBUTUHAN DALAM DESENTRALISASI KESEHATAN

Widodo J Pudjirahardjo* dan Evie Sopacua**

ABSTRACT

This article describes the concept, relevance, principles and milestones about policy. Based on William Dunn's framework, it also tries to describe the purposes of policy analysis and its implementation that are needed on health decentralization. In Indonesia the health decentralization has been implemented for some years but policy analysis is understood as regulation analysis which has been directed by the Department of Health. At present the implementation process of the health decentralization, the Central government still has double functions as policy maker and performer. In fact based on regulations, the responsibilities have been delegated to District governments. Understanding the policy analysis on the implementation of health decentralization would provide challenges to interpretate in accordance with the local specific conditions.

Key words: *policy, analysis, decentralization of health*

PENDAHULUAN

Tulisan ini mengulas konsep Kebijakan atau *Policy* secara singkat tetapi lengkap, informatif dan mudah dipahami. Ulasan tentang konsep atau pengertian kebijakan ini dilengkapi dengan informasi tentang: (1) relevansi kebijakan, (2) unsur kebijakan, serta (3) *milestones* dan (4) kelemahan yang bersifat terapan yang sering terjadi. Konsep kebijakan berkaitan dengan disiplin ilmu yang disebut sebagai "Analisis Kebijakan atau *Policy Analysis*". Fokus kajian analisis kebijakan adalah pada definisi dan penetapan masalah, oleh karena itu istilahnya sering disebut juga sebagai "analisis kebijakan yang berpusat pada masalah".

Dalam pelaksanaan desentralisasi pembangunan kesehatan analisis kebijakan perlu difahami dengan baik karena merupakan suatu kebutuhan dalam penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan.

PENGERTIAN KEBIJAKAN

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. Kebijakan akan menjadi rujukan utama para anggota organisasi atau anggota masyarakat dalam berperilaku. Kebijakan pada umumnya bersifat *problem*

solving dan proaktif. Berbeda dengan Hukum (*Law*) dan Peraturan (*Regulation*), kebijakan lebih bersifat adaptif dan interpatatif, meskipun kebijakan juga mengatur "apa yang boleh, dan apa yang tidak boleh". Kebijakan juga diharapkan dapat bersifat umum tetapi tanpa menghilangkan ciri lokal yang spesifik. Kebijakan harus memberi peluang diinterpretasikan sesuai kondisi spesifik yang ada.

Masih banyak kesalahan pemahaman maupun kesalahan konsepsi tentang kebijakan. Beberapa orang menyebut *policy* dalam sebutan "kebijaksanaan", yang maknanya sangat berbeda dengan kebijakan. Istilah kebijaksanaan adalah kearifan yang dimiliki oleh seseorang sedangkan kebijakan adalah aturan tertulis hasil keputusan formal organisasi.

Contoh kebijakan adalah: (1) Undang-Undang, (2) Peraturan Pemerintah, (3) Keputusan Presiden, (4) Keputusan Menteri, (5) Peraturan Daerah, (6) Keputusan Bupati, dan (7) Keputusan Direktur. Setiap kebijakan yang dicontohkan di sini adalah bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh obyek kebijakan. Contoh di atas juga memberi pengetahuan pada kita semua bahwa ruang lingkup kebijakan dapat bersifat makro, meso, dan mikro.

Analisis kebijakan adalah suatu aktivitas intelektual dan praktis yang ditujukan untuk menciptakan, menerapkan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan substansi kebijakan. Proses

* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya

** Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jalan Indrapura 17, Surabaya

analisis kebijakan terdiri atas tiga tahap utama yang saling terkait, yang secara bersama-sama membentuk siklus aktivitas yang kompleks dan tidak linear.

RELEVANSI KEBIJAKAN

Di dalam organisasi atau pada wilayah administrasi tertentu akan terjadi akumulasi perilaku dan budaya yang berbeda-beda, sesuai dengan variasi anggota dan budaya yang ada di organisasi tersebut. Perbedaan perilaku dan budaya yang sangat bervariasi akan menimbulkan masalah keharmonisan dan keselarasan. Oleh karena itu posisi kebijakan adalah sangat sentral, karena dia akan menjadi batasan normatif dan rujukan setiap keputusan dalam sebuah organisasi, terlebih dalam era desentralisasi dan otonomi saat ini. Kebijakan juga sebagai dasar hukum dalam kehidupan organisasi atau kehidupan masyarakat. Kebijakan merupakan infrastruktur utama dalam organisasi dan dalam kehidupan masyarakat.

Pembahasan peran kebijakan dalam kehidupan organisasi ataupun kehidupan masyarakat tidak dapat dipisahkan dari konsep *good-governance*. *Governance* menurut UNDP adalah:

"the exercise of economic, political and administrative authority to manage a country's affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their difference ..."

Untuk dapat menciptakan *good governance* salah satu hal yang penting dalam memahami kebijakan adalah pemahaman terhadap sifat kebijakan. William Dunn (1999) menyatakan bahwa peran atau sifat kebijakan dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu: (1) regulatori, (2) proteksi, (3) kompetisi, dan (4) alokasi. Keempat kategori tersebut menggambarkan sifat materiel kebijakan dan dampaknya pada obyek kebijakan dan keberhasilan pemerintahan.

UNSUR KEBIJAKAN

Kebijakan secara umum mempunyai 5 (lima) unsur utama, yaitu (a) masalah publik, (b) nilai kebijakan, (c) siklus kebijakan, (d) pendekatan dalam kebijakan dan (e) konsekuensi kebijakan.

a. Masalah publik (*Public Issue*); merupakan isu sentral yang akan diselesaikan dengan sebuah

kebijakan. Seperti disampaikan sebelumnya, kebijakan selalu diformulasikan untuk mengatasi ataupun mencegah timbulnya masalah, khususnya masalah yang bersifat isu publik. Masalah disebut sebagai isu publik bila masalah itu menjadi keprihatinan (*Concern*) masyarakat luas dan mempengaruhi hajat hidup masyarakat luas.

- b. Nilai Kebijakan (*Value*); setiap kebijakan selalu mengandung nilai tertentu dan juga bertujuan untuk menciptakan tatanilai baru atau norma baru dalam organisasi. Seringkali nilai yang ada di masyarakat atau anggota organisasi berbeda dengan nilai yang ada di pemerintah. Oleh karena itu perlu partisipasi dan komunikasi yang intens pada saat merumuskan kebijakan.
- c. Siklus Kebijakan; proses penetapan kebijakan sebenarnya adalah sebuah proses yang siklus dan bersifat kontinum, yang terdiri atas tiga tahap: (1) perumusan kebijakan (*Policy Formulation*), (2) penerapan kebijakan (*Policy Implementation*), dan (3) evaluasi kebijakan (*Policy Review*). Ketiga tahap atau proses dalam siklus tersebut saling berhubungan dan saling tergantung, kompleks serta tidak linear, yang ketiganya disebut sebagai *Policy Analysis*.
- d. Pendekatan dalam Kebijakan; pada setiap tahap siklus kebijakan perlu disertai dengan penerapan pendekatan (*Approaches*) yang sesuai. Pada tahap formulasi, pendekatan yang banyak dipergunakan adalah pendekatan normatif, valuatif, prediktif ataupun empirik. Pada tahap implementasi banyak menggunakan pendekatan struktural (organisasional) ataupun pendekatan manajerial. Sedangkan tahap evaluasi menggunakan pendekatan yang sama dengan tahap formulasi. Pemilihan pendekatan yang digunakan sangat menentukan tingkat efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan.
- e. Konsekuensi Kebijakan; pada setiap penerapan kebijakan perlu dicermati akibat yang dapat ditimbulkan. Dalam memantau hasil kebijakan kita harus membedakan dua jenis akibat; luaran (*Output*) dan dampak (*Impact*). Apapun bentuk dan isi kebijakan, pada umumnya akan memberikan dampak atau konsekuensi yang ditimbulkan. Tingkat intensitas konsekuensi akan berbeda antara satu kebijakan dengan yang lain, juga dapat berbeda berdasar dimensi tempat dan waktu. Konsekuensi lain yang juga perlu diperhatikan

adalah timbulnya resistensi atau penolakan dan perilaku negatif.

MILESTONES

Luaran kebijakan adalah manfaat yang diterima oleh kelompok sasaran atau obyek kebijakan serta tatanilai baru yang tercipta yang sesuai dengan tujuan penerapan kebijakan. Disamping ukuran luaran tersebut, sebuah kebijakan perlu juga dipantau tingkat efektivitasnya. Efektivitas kebijakan dapat diukur dengan beberapa parameter berikut:

1. Berkurangnya atau terhindarnya masalah, khususnya masalah publik;
2. Perilaku baru yang ditimbulkan oleh adanya kebijakan;
3. Besarnya dampak yang ditimbulkan, yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif;
4. Tingkat keharmonisan atau keselarasan kehidupan organisasi atau kehidupan masyarakat;
5. Tatanilai atau norma baru yang timbul sesuai dengan tujuan kebijakan.

Di sisi lain penentu kebijakan perlu memahami bahwa efektivitas kebijakan sangat dipengaruhi oleh 5 faktor berikut:

1. Tingkat Partisipasi: setiap tahap analisis kebijakan perlu melibatkan *stakeholder* dan obyek kebijakan agar semua nilai dan bentuk keragaman dapat diakomodasi dalam kebijakan. Makin besar tingkat partisipasi *stakeholder* dan obyek kebijakan dalam tahapan kebijakan makin besar efektivitas sebuah kebijakan.
2. Konteks dan Desain Kebijakan: kebijakan yang berfokus pada masalah dan bersifat prediktif-proaktif akan memberikan kemungkinan keberhasilan yang lebih besar, terutama dalam menciptakan tatanilai baru. Materi yang bersifat umum tetapi akomodatif akan memberikan ruang partisipasi yang lebih besar pada obyek kebijakan. Ruang gerak yang lebih besar akan mengurangi tingkat resistensi dan timbulnya masalah baru.
3. Tertib Siklus Kebijakan: kelemahan selama ini adalah pada tidak tertibnya perumus kebijakan dalam menerapkan tiga tahap siklus kebijakan. Kebanyakan kebijakan kesehatan di Indonesia tidak pernah dilakukan review atau evaluasi. Siklus kebijakan hanya berhenti pada implementasi kebijakan. Oleh karena itu sering kita alami banyaknya kebijakan dalam pembangunan

kesehatan yang tumpang tindih dan seringkali saling bertentangan.

4. Informasi dan Sosialisasi: sosialisasi yang intens dan pemberian informasi yang terbuka dan lengkap akan mendorong tingkat partisipasi anggota atau masyarakat dalam menunjang keberhasilan suatu kebijakan.
5. Pendekatan yang dipergunakan: setiap tahap dalam siklus kebijakan membutuhkan "kendaraan" yang disebut sebagai pendekatan, seperti yang telah dibahas di atas. Setiap tahap dalam siklus kebijakan, setiap dimensi waktu dan tempat, membutuhkan penerapan pendekatan yang berbeda-beda. Pemilihan pendekatan yang tepat akan menentukan tingkat efektivitas kebijakan.

DESENTRALISASI KESEHATAN

Desentralisasi dalam arti umum didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan dan pelaksanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah atau secara lebih umum adalah pemindahan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah.

Desentralisasi kesehatan mempunyai berbagai macam bentuk yang tidak hanya bergantung pada struktur politik pemerintahan dan administrasi tetapi juga pada pola organisasi pelayanan kesehatan yang terdapat di masing-masing negara. Bidang kesehatan merupakan satu dari berbagai fungsi pemerintahan sehingga sangat dipengaruhi struktur pemerintahan. Akibatnya maka kebijakan yang dikeluarkan pemerintah akan berkaitan dengan sektor kesehatan.

Menurut Mills dkk. (1991) ada empat jenis desentralisasi kesehatan yang umum dijumpai dalam praktek yaitu (1) dekonsentrasi, (2) devolusi, (3) delegasi dan (4) privatisasi. Di Indonesia, praktek desentralisasi kesehatan yang digunakan adalah dekonsentrasi yaitu pemindahan beberapa fungsi administratif dari Departemen Kesehatan ke daerah. Penyelenggaraan UU No 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah yang diikuti PP No 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi Sebagai Daerah Otonom, menyebabkan perubahan yang mendasar dalam pelayanan kesehatan. Karena fungsi Pemerintah

Daerah mengalami perubahan sehingga dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, pemerintah daerah mendapat kewenangan yang sangat besar dalam pengelolaan keuangan, fungsi-fungsi pemerintahan dan pelayanan.

Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 memberikan akibat terhadap berbagai fungsi pelayanan kesehatan Pemerintah Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota serta pihak swasta. Kondisi ini mengakibatkan beberapa perubahan yang mendasar pula dalam pengaturan kewenangan, penataan kelembagaan, keuangan dan personal. Disamping itu daerah dituntut untuk dapat meningkatkan peran serta masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian terhadap pembangunan daerah.

Dalam pelaksanaan desentralisasi kemudian diterbitkan PP 8 tahun 2003, sebagai pengganti PP No. 84 tahun 2000 tentang struktur organisasi daerah yang diantaranya menyebutkan:

1. Untuk Provinsi dalam pasal 5 ayat (2): Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi dan dapat ditugaskan untuk melaksanakan penyelenggaraan wewenang yang dilimpahkan kepada Gubernur selaku Wakil Pemerintah dalam rangka dekonsentrasi. Ayat (4): Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Provinsi menyelenggarakan fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
 - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
 - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya
2. Untuk Kabupaten/kota dalam pasal 9 ayat (2): Dinas Daerah Kabupaten/kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi. Ayat (3): Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Kabupaten/kota menyelenggarakan fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
 - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
 - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya.

Dalam aplikasinya, PP No. 8 tahun 2003 merubah struktur sistem kesehatan wilayah dan mempertegas peran dan memperkuat fungsi Dinas Kesehatan

Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan dengan demikian semakin didorong menjadi lembaga yang berfungsi sebagai penyusun kebijakan teknis selain sebagai regulator. Sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan Dinas Kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan, untuk provinsi dalam hal ini, dalam mengelola dana dekonsentrasi.

Kemudian dirasakan bahwa UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah tidak sesuai dengan perkembangan keadaan, ketatanegaraan dan tuntutan penyelenggaraan otonomi daerah sehingga perlu diganti, maka diterbitkan UU No. 32 tahun 2004.

MASALAH YANG MUNCUL DALAM PELAKSANAAN DESENTRALISASI KESEHATAN

Memperhatikan kondisi yang berkembang dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan penekanan peran kebijakan dalam *good governance* seperti yang sudah dikemukakan sebelumnya, menjadi penting. Ada beberapa hal penting dalam konsep *good-governance* antara lain partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas dan mengutamakan aturan hukum.

Dalam konteks penetapan kebijakan, maka pemerintah pusat saat ini masih merangkap fungsi sebagai penetap kebijakan dan regulasi sekaligus sebagai pemain, sebagai contoh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dengan masih membawahi rumah sakit umum pusat. Perijinan rumah sakit hingga kini belum jelas padahal secara perundangan kewenangan tersebut telah diserahkan kepada daerah.

Inti munculnya permasalahan yang ada dalam era desentralisasi kesehatan ini adalah adanya kegagalan konsolidasi pemerintah daerah pada level provinsi dan kabupaten/kota. Hal lain yang memperberat masalah desentralisasi kesehatan adalah fakta bahwa kesehatan di Indonesia belum pernah menjadi isu politik yang penting. Padahal di Amerika Serikat, sebagai contoh, calon presiden bisa mendapat dukungan yang besar karena program jaminan kesehatannya.

Desentralisasi disertai berbagai upaya menuju akuntabilitas yang lebih baik dan salah satu pilar *good governance* adalah akuntabilitas. Ada dua macam akuntabilitas yaitu akuntabilitas politik sebagai contoh melalui sistem pemilu yang diperbaharui dan akuntabilitas publik diantaranya melalui kebebasan pers dan berbagai mekanisme partisipasi masyarakat.

Dari berbagai studi kasus dan penelitian menunjukkan bahwa di era desentralisasi kesehatan ini ada beberapa hal penting terkait dengan partisipasi masyarakat (Dewi Shita L dan Basri Hasan M, 2004):

1. Mulai terbentuknya niat para pengambil keputusan di daerah untuk memperhatikan opini publik dalam kebijakan kesehatan.
2. Masih rendahnya kepercayaan para pengambil keputusan terhadap kemampuan masyarakat dalam membuat penilaian yang baik. Hal ini menjadi pendorong bagi masyarakat untuk lebih meningkatkan kapasitas dalam membuat analisis kebijakan yang seimbang, komprehensif, obyektif dan bersifat solusif. Sedangkan di sisi pemerintah dibutuhkan sikap yang lebih matang dalam berdemokrasi dan legitimasi yang lebih kuat untuk partisipasi masyarakat.
3. Media masa memainkan peran penting dalam menyuarakan opini publik mulai dari munculnya berbagai topik kesehatan dalam pemberitaan khususnya yang dipicu oleh laporan masyarakat.
4. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) sebagai salah satu faktor *civil society* sudah menempatkan diri dalam hubungannya antara pemerintah dan masyarakat.

Joint Health Council (JHC) sebagai salah satu bentuk *civil society* sejak awal dirumuskan sebagai dewan pertimbangan, dewan penyantun dalam organisasi, board of directors, *oversight body* hingga perekat sistem kesehatan. *JHC* diperlukan antara lain karena sub sistem berjalan sendiri-sendiri, masyarakat tidak mengetahui apa yang dilakukan pelaku kebijakan sebab tidak ada keterwakilan masyarakat atau masyarakat tidak bisa bermain dalam kancah kebijakan dan DPR/DPRD tidak bisa menjadi wasit permainan dalam bidang kesehatan meskipun hal tersebut merupakan fungsi mereka.

Menjalankan *JHC* tidak mudah, terbukti dari penilaian obyektif terhadap peran dan kinerja *JHC* di Yogyakarta. Dengan menggunakan berbagai kriteria kunci, penilaian menunjukkan peran dan kinerja *JHC* masih kurang, hanya 35%. Ketua dijabat oleh pejabat pemerintah dan tidak ada independensi struktur karena berada langsung dibawah gubernur. Independensi manajemen juga tidak ada karena dioperasikan PHP 1. Komposisi keanggotaan adalah birokrat dan anggota organisasi profesi dan hanya ada 1 LSM tanpa seleksi melalui *fit and proper test*. Kegiatan memperbesar anggaran daerah untuk kesehatan masih belum

terjadi dan masalah kesehatan daerah yang telah menjadi agenda kebijakan dan pembahasan terbatas pada kegiatan yang didanai PHP 1.

UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah sebagai pengganti JU No. 22 tahun 1999 dinilai belum berjalan sebagaimana diharapkan dan belum ada PP yang mengikutinya sebagai pengganti PP No. 25 tahun 2000.

KEBUTUHAN KEBIJAKAN DALAM DESENTRALISASI KESEHATAN

Peran pusat, provinsi dan kabupaten/kota sudah ditetapkan dalam peraturan pemerintah tetapi belum disertai dengan kebijakan yang memadai sehingga menyebabkan hilangnya koordinasi dalam konteks sistem. Kebijakan akan menjadi sangat penting pada saat peran pemerintah baik di pusat, provinsi dan kabupaten/kota adalah sebagai pengarah dalam kegiatan pembangunan kesehatan, seperti pada era desentralisasi saat ini.

Pengarah atau *stewardship* menurut WHO (2000) adalah suatu fungsi pemerintahan yang bertanggung jawab atas kesejahteraan penduduk, yang berkaitan dengan kepercayaan dan legitimasi penduduk terhadap aktivitas pemerintah, khususnya di bidang kesehatan. Pengarah terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu a) formulasi kebijakan kesehatan anatar lain mendefinisikan visi dan arah sistem kesehatan daerahnya, b) regulasi menetapkan aturan main yang adil di bidang kesehatan dan c) Kemampuan/keterampilan dalam menilai kinerja dan membagi informasi yang berkaitan dengan kesehatan. Jadi salah satu tugas pokok peran pengarah adalah merumuskan dan menetapkan kebijakan arah pembangunan kesehatan, terutama pada tingkat makro.

Oleh karena itu di dalam kerangka desentralisasi, pemerintah juga mempunyai tugas mengembangkan kebijakan sistem regulasi wilayah. Mengantisipasi hal ini Departemen Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menkes RI No. 004/Menkes/SK/II/2003 berupa dokumen Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan. Dokumen ini antara lain menjelaskan (1) bagaimana hubungan antar tingkat pemerintah dan antar pemerintah daerah dalam hal kewenangan, pemanfaatan sumberdaya, keuangan, kewilayahan dan administrasi; (2) goal desentralisasi kesehatan; (3) hambatan dan tantangan dan (4) tujuan strategis

desentralisasi kesehatan beserta langkah-langkah kunci. Kegiatan dalam setiap langkah kunci dapat dikembangkan terus sejalan dengan pencapaian hasil dari setiap kegiatan yang telah dilaksanakan dan untuk mengantisipasi isu baru yang muncul. Dalam melaksanakan Kepmenkes no 004 tahun 2003 ini, Departemen Kesehatan dan seluruh jajarannya perlu secara terus-menerus melakukan kajian yang berkaitan dengan analisis kebijakan, yang sampai saat ini belum terlihat.

Analisis kebijakan disini diperlukan untuk menguraikan dan menjelaskan masalah yang muncul dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan disebabkan berbagai kebijakan pada proses perumusan kebijakan (*Policy Formulation*), penerapan kebijakan (*Policy Implementation*), dan evaluasi kebijakan (*Policy Review*). Analisis dilakukan dalam suatu siklus yang tidak terputus dan menghasilkan informasi untuk pengambilan keputusan dalam kebijakan.

Untuk memahami lebih jelas apa itu arti dan pengertian analisis kebijakan, sebaiknya pahami kutipan penulis lain yang dicatat oleh Dunn (Anharudin, 2006):

"...suatu bentuk analisis yang menghasilkan dan menyajikan informasi sedemikian rupa sehingga dapat memberikan landasan bagi para pembuat kebijakan dalam membuat keputusan..... Dalam analisis kebijakan, kata analisis digunakan dalam pengertian yang paling umum; termasuk penggunaan intuisi, pengungkapan pendapat, dan mencakup tidak hanya pengujian kebijakan dengan memilah-milahnya ke dalam sejumlah komponen, tetapi juga perancangan dan sintesis alternatif baru. Kegiatan-kegiatan yang tercakup dapat direntangkan mulai dari penelitian untuk menjelaskan atau (sekedar) memberikan pandangan-pandangan terhadap isu-isu atau masalah-masalah yang terantisipasi... sampai dengan mengevaluasi suatu program yang lengkap. Beberapa analisis kebijakan bersifat informal, meliputi tidak lebih dari proses berpikir yang keras dan cermat, sementara lainnya memerlukan pengumpulan data yang ekstensif dan penghitungan yang teliti dengan menggunakan proses matematis yang canggih."

Salah satu aspek penting dalam analisis kebijakan adalah penciptaan pengetahuan (informasi) yang relevan dengan kebijakan. Informasi, pengetahuan, data dan kebijakan merupakan unsur-unsur yang dibedakan dalam proses kognitif. Informasi adalah data yang telah ditafsirkan dan diorganisir untuk tujuan tertentu yang dapat mengubah pikiran atau tindakan para pembuat kebijakan. Pengetahuan dalam konteks analisis kebijakan adalah informasi

yang telah dikomunikasikan kepada para pembuat kebijakan, dan ditransformasikan menjadi keyakinan sehingga menghasilkan pencapaian tujuan dalam situasi tertentu.

Perlu difahami bahwa analisis kebijakan pada dasarnya mengkaji kebijakan pada proses pembuatan kebijakan dengan tahap yang berkesinambungan. Berbeda dengan penelitian kebijakan (*Policy Research*) yang didefinisikan sebagai proses penelitian atau analisis suatu masalah yang mendasar dengan maksud menyediakan rekomendasi yang pragmatik dan *action oriented* bagi para pengambil kebijakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi (Majchrzak, 1990). Walau beberapa tipe penelitian juga memberikan jalan keluar untuk mengatasi masalah, tetapi ciri penelitian kebijakan adalah rekomendasi yang *action oriented*. Gambar 1 menjelaskan apa yang dimaksud Majchrzak yang mendasarkan pembagian tipe penelitian pada *focus* dan *action oriented*. *Basic Research* mengacu pada penelitian dasar yang umum dilakukan berbagai departemen dan disiplin ilmu sedangkan *Technical Research* umumnya menjawab kebutuhan yang diperlukan, misalnya dalam membuat program pelayanan sosial.

		Focus	
		Technical	Fundamental
Action orientation	Low	Policy Analysis	Basic Research
	High	Technical Research	Policy Research

Gambar 1. Proses Penelitian yang Berdampak pada Masalah yang Dihadapi.

PENUTUP

Analisis kebijakan dibangun dari disiplin ilmu politik, sosial, ekonomi, dan filsafat padahal para pelaku pembangunan kesehatan sebagian besar memiliki latar belakang disiplin ilmu kesehatan, lebih khusus lagi kedokteran. Tulisan ini diharapkan memberikan wacana dalam memahami peran kebijakan dalam desentralisasi kesehatan di era otonomi daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Anharudin, 2006. Memahami proses pengambilan kebijakan publik, interpretasi terhadap pemikiran William N. Dunn. www.nakertrans.go.id 12 Oktober 2006.

Kebijakan: sebuah Kebutuhan (Widodo J Pudjirahardjo, Evie Sopacua)

- Aritonang B, 2004. Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah. Jakarta. Pustaka Pergaulan.
- Departemen Kesehatan RI, 2003. Keputusan Menkes RI No. 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.
- Dewi Shita L dan Basri Hasan M, 2004. Desentralisasi dan peran masyarakat di sektor kesehatan. Makalah dalam Seminar 3 tahun perjalanan desentralisasi Kesehatan di Indonesia, Yogyakarta, UGM.
- Dunn, William N, 2000. Pengantar Analisis Kebijakan Publik. Diterjemahkan Drs. Samodra Wibawa, MA dkk. Edisi ke-2. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Majchrzak A, 1990. Methods for Policy Research. California. Sage Publications. Inc.
- Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, 1991. *Desentralisasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Pudjirahardjo WJ, 2005. Bahan Kuliah Analisis Kebijakan pada Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Surabaya. Universitas Airlangga.
- WHO Report, 2000. Jenewa. World Health Organization.