



Kent Buse, Nicholas Mays & Gill Walt

Making Health Policy

UNDERSTANDING PUBLIC HEALTH

DAFTAR ISI

Garis Besar Isi Buku	2
1 Kerangka Kebijakan Kesehatan Konteks, Proses dan Pelaku	5
2 Kekuasaan dan Proses Kebijakan	19
3 Negara dan Sektor Swasta dalam Kebijakan Kesehatan	46
4 Penentuan Agenda	61
5 Pemerintah dan proses kebijakan	78
6 <i>Interest group</i> dan proses kebijakan	97
7 Implementasi Kebijakan	115
8 Globalisasi proses pembuatan kebijakan	131
9 Penelitian, Evaluasi dan Kebijakan	149
10 Melakukan Analisis Kebijakan	167
Istilah	
Akronim	
Index	

Garis Besar Isi Buku

Pendahuluan

Buku ini memberikan pendahuluan yang lengkap untuk mempelajari kekuasaan dan proses dalam kebijakan kesehatan. Buku lain yang banyak tersedia berhubungan dengan isi kebijakan kesehatan – apa arti kebijakan itu. Buku ini menggunakan ilmu kedokteran, epidemiologi, teori organisasi atau ilmu ekonomi untuk memberi bukti, atau evaluasi kebijakan kesehatan. Berbagai kelompok dokter, ahli epidemiologi, ahli ekonomi kesehatan dan ahli teori organisasi mengembangkan secara teknis jalan keluar yang masuk akal atas masalah-masalah kesehatan masyarakat. Namun, mengejutkan ternyata hanya sedikit bacaan bagi praktisi kesehatan masyarakat yang berusaha memahami bagaimana isu – isu yang dapat masuk ke dalam agenda kebijakan (dan bagaimana merumuskan isu - isu ini agar dapat diterima dengan baik), bagaimana para penyusun kebijakan mengolah bukti (dan bagaimana membangun hubungan yang lebih baik diantara pengambil keputusan), dan mengapa sejumlah inisiatif kebijakan dilaksanakan sedang yang lain tidak. Dimensi-dimensi politik dalam proses kebijakan kesehatan jarang sekali diajarkan di fakultas kedokteran atau kesehatan masyarakat.

Mengapa mempelajari kebijakan kesehatan?

Buku ini memadukan kekuasaan dan proses ke dalam suatu pengkajian kebijakan kesehatan. Buku ini memandang kedua tema tersebut sebagai bagian yang tak terpisahkan untuk memahami kebijakan. Siapa yang menyusun dan melaksanakan keputusan kebijakan (mereka yang berkuasa) dan bagaimana keputusan diambil (proses) sangat menentukan isi kebijakan kesehatan, dan kesehatan masyarakat pada akhirnya. Untuk menjelaskan pandangan ini, ambil kasus penyusunan kebijakan HIV di negara berpendapatan rendah. Bila ahli ekonomi kesehatan dilibatkan sebagai penasehat menteri kesehatan, maka besar kemungkinan langkah pencegahan yang akan diambil (karena langkah pencegahan lebih menghemat dana daripada langkah pengobatan). Namun, bila menteri kesehatan berkonsultasi dengan perwakilan orang-orang penderita HIV, dan perusahaan farmasi, keputusan yang diambil mungkin adalah penekanan pada pengobatan dan perawatan pasien. Walaupun jarang, organisasi kewanitaan yang kuat dapat didengar oleh menteri, dimana para wanita ini akan melobi untuk intervensi-intervensi memberdayakan wanita, melindungi mereka dari seks yang tidak aman dan tidak dilindungi. Penyatuan pandangan yang berbeda dan kebijakan yang dihasilkan tergantung pada kekuasaan masing-masing pelaku dalam arena kebijakan dan proses penyusunan kebijakan (misal, seberapa besar kelompok yang dikonsultasi dan dilibatkan). Apakah intervensi HIV preventif, kuratif, struktural diberikan atau tidak, prioritas akan diberikan kepada penanganan wabah HIV.

Semua kegiatan didasarkan pada politik. Sebagai contoh, penelitian dalam masalah kesehatan masyarakat memerlukan dana. Diberbagai universitas, ilmuwan kampus dan ilmuwan sosial saling berlomba untuk mendapatkan dana penelitian. Politik akan menentukan alokasi dana pemerintah untuk mendanai penelitian dalam bidang dan disiplin ilmu yang berbeda, sedangkan perusahaan swasta akan menginvestasikan dana mereka pada penelitian-penelitian yang memberikan keuntungan terbesar. Politik tidak selesai sampai dengan pendanaan, karena politik akan mengatur akses siapa yang diteliti dan bahkan publikasi. Hasil yang tidak diharapkan akan disimpan dan dibuang oleh penyandang dana proyek, dan hasil tersebut dapat dibawa ke pengadilan atau diabaikan oleh para pengambil keputusan atau mereka yang merasa tidak nyaman. Politik ada dimana-mana. Karena alasan itulah, pemahaman terhadap politik dalam proses kebijakan tidak diragukan sama pentingnya dengan pemahaman bagaimana obat-obatan dapat meningkatkan

kesehatan. Dengan cara lain, meski disiplin akademik yang lain dapat memberikan bukti yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, tidak adanya pemahaman yang baik terhadap proses kebijakan, jalan keluar teknis tidak akan cukup untuk merubah praktek pelaksanaan di dunia nyata.

Buku ini ditujukan kepada mereka yang ingin memahami proses kebijakan sehingga mereka memiliki bekal yang cukup untuk mempengaruhinya dalam pekerjaan sehari-hari. Buku ini diharapkan menjadi semacam pegangan bagi para profesional yang ingin memperbaiki keterampilan mereka dalam memberi arah dan mengatur proses kebijakan kesehatan – terlepas dari isu atau lingkungan kesehatan.

Susunan Buku

Pada konsepnya, buku ini disusun berdasarkan kerangka analisa untuk kebijakan kesehatan yang dikembangkan oleh Walt dan Gilson (1994). Kerangka ini berusaha untuk menyederhanakan apa yang dalam prakteknya memiliki hubungan sangat kompleks dengan menjelaskannya melalui 'segitiga kebijakan'. Kerangka ini memperhatikan 'konteks' dimana kebijakan disusun dan dilaksanakan, para 'pelaku' yang terlibat dalam penyusunan kebijakan, dan 'proses' yang berhubungan dengan pengembangan dan pelaksanaan kebijakan – serta interaksi diantara ketiganya. Kerangka ini bermanfaat karena dapat diterapkan di negara mana pun, dalam kebijakan apa pun, dan dalam tingkatan kebijakan yang manapun. Teori yang berbeda serta pendekatan disiplin ilmu, khususnya dari ilmu politik, hubungan internasional, ilmu ekonomi, sosiologi, dan teori organisasi dibahas dalam buku ini guna mendukung kerangka analisa sederhana ini dan memberikan penjelasan lebih lanjut tentang proses kebijakan dan kekuasaan.

Sepuluh bab dalam buku ini membahas tatap-tahap berbeda dalam proses kebijakan. Bab 1 memberikan pendahuluan tentang pentingnya dan makna kebijakan, penjelasan terhadap kerangka analisa kebijakan, dan menunjukkan bagaimana kerangka tersebut dapat digunakan untuk memahami perubahan dalam kebijakan. Bab 2 menggambarkan sejumlah teori yang membantu menjelaskan hubungan antara kekuasaan dan penyusunan kebijakan, termasuk pula hal-hal yang berkaitan dengan bagaimana kekuasaan itu digunakan oleh kelompok-kelompok yang berbeda, bagaimana sistem politik dan pemerintahan merubah kekuasaan kedalam kebijakan, bagaimana kekuasaan didistribusikan, dan bagaimana kekuasaan mempengaruhi proses pengambilan keputusan.

Bab 3 memperkenalkan sektor umum dan sektor swasta yang berorientasi pada keuntungan. Bab 3 ini menunjukkan kembali perubahan peran dari kedua sektor penting ini dalam kebijakan kesehatan, agar dapat memberikan suatu latarbelakang kontekstual bagi pemahaman isi dan proses penyusunan kebijakan kesehatan kontemporer. Penyusunan agenda merupakan fokus dari Bab 4. Bab 5 kembali membahas tentang para pelaku dengan menekankan pada lembaga pemerintah yang kembali berbeda dan pengaruh yang mereka berikan. Bab 6 membahas pelaku diluar pemerintah. Sumber daya, strategi dan keberhasilan dari jenis kelompok kepentingan dalam sektor kesehatan dibandingkan dalam proses kebijakan.

Bab 7 membahas proses kebijakan dengan memaparkan pelaksanaan kebijakan. Bab ini membandingkan dan menyatukan pendekatan 'atas ke bawah' (*top-down*) dan 'bawah ke atas' (*bottom-up*) agar dapat menjelaskan pelaksanaannya (atau akan lebih banyak membahas kekurangannya). Bab 8 memindahkan fokus pembahasan ke tingkat global dan mengkaji peran berbagi pelaku dalam proses kebijakan dan implikasi meningkatnya keterkaitan global dalam penyusunan kebijakan di dalam negeri. Bab 9 meninjau evaluasi kebijakan dan menggambarkan hubungan antara penelitian dan kebijakan. Bab terakhir digunakan untuk melakukan pengkajian kebijakan. Bab ini memperkenalkan suatu pendekatan politik untuk pengkajian kebijakan, memberikan tips untuk mengumpulkan informasi bagi pengkajian, dan petunjuk untuk menyajikan

pengkajian. Tujuan bab ini adalah untuk membantu pembaca dalam mengembangkan strategi politik yang lebih baik untuk melaksanakan reformasi kesehatan dalam kehidupan profesi.

Setiap bab diawali dengan overview, tujuan pembelajaran, daftar istilah, kegiatan, feedback, dan ringkasan pendek, serta daftar isi. Sejumlah kegiatan akan meminta pembaca untuk merenungkan beragam aspek dalam kebijakan kesehatan yang dipilih atas dasar kesamaan. Akan bermanfaat untuk mengesampingkan terlebih dahulu dokumen-dokumen yang berhubungan dengan kebijakan yang anda pilih. Dokumen tersebut dapat berupa dokumen pemerintah, laporan independen atas artikel dari penerbit ternama.

Ucapan Terima Kasih

Buku ini disusun berdasarkan buku karangan Gill Walt, *Health Policy: An Introduction to Process and Power, 2nd edition* (1994). Kami berterima kasih kepada Profesor Calum Paton, Keele University dalam proses penyempurnaan dan Deirdre Byrne, manajerial, atas bantuan dan dukungan dalam persiapan buku ini.

Referensi

Walt G & Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9: 353-70

Chapter 1

Kerangka Kebijakan Kesehatan

Konteks, Proses dan Pelaku

Sekilas

Dalam bab ini anda mengetahui mengapa kebijakan kesehatan itu penting serta bagaimana mengartikan kebijakan. Kemudian anda akan diajak berpikir tentang kerangka analisa sederhana yang mencakup pengertian konteks, proses, dan pelaku, guna menunjukkan bagaimana ketiganya dapat membantu menjelaskan bagaimana dan mengapa kebijakan berubah atau tidak berubah seiring jalannya waktu.

Tujuan Pembelajaran

Setelah memahami bab ini, pembaca akan mampu untuk:

- Memahami kerangka kebijakan kesehatan yang digunakan dalam buku ini
- Mengartikan konsep-konsep pokok dalam bab ini
 - kebijakan
 - konteks
 - pelaku
 - proses
- Menjelaskan bagaimana kebijakan kesehatan dibuat melalui rangkaian hubungan konteks, proses dan pelaku

Istilah

Actor (pelaku): istilah sementara yang digunakan untuk merujuk ke individu, organisasi atau bahkan negara, beserta tindakan mereka yang mempengaruhi kebijakan.

Content (isi): substansi dari suatu kebijakan yang memperinci bagian-bagian dalam kebijakan.

Context (konteks): faktor-faktor sistematis – politik, ekonomi, sosial atau budaya, baik nasional maupun internasional – yang dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan

Policy (kebijakan): pernyataan yang luas tentang maksud, tujuan dan cara yang membentuk kerangka kegiatan.

Policy Elites (elit kebijakan): kelompok khusus yang terdiri dari penyusun kebijakan yang menduduki posisi tinggi dalam suatu organisasi, dan memiliki akses khusus kepada sesama anggota terhormat dari organisasi yang sama atau berbeda.

Policy makers (penyusun kebijakan): mereka yang menyusun kebijakan dalam organisasi seperti pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multi-nasional atau lokal, lembaga pendidikan atau rumah sakit.

Policy process (proses kebijakan): cara mengawali kebijakan, mengembang atau menyusun kebijakan, bernegosiasi, mengkomunikasikan, melaksanakan dan mengevaluasi kebijakan.

Mengapa kebijakan kesehatan penting?

Sektor kesehatan merupakan bagian penting perekonomian di berbagai negara. Sejumlah pendapat menyatakan bahwa sektor kesehatan sama seperti spons – menyerap banyak sumber daya nasional untuk membiayai banyak tenaga kesehatan. Pendapat yang lain mengemukakan bahwa sektor kesehatan seperti pembangkit perekonomian, melalui inovasi dan investasi dibidang teknologi bio-medis atau produksi dan penjualan obat-obatan, atau dengan menjamin adanya populasi yang sehat yang produktif secara ekonomi. Sebagian warga masyarakat mengunjungi fasilitas kesehatan sebagai pasien atau pelanggan, dengan memanfaatkan rumah sakit, klinik atau apotik; atau sebagai profesi kesehatan – perawat, dokter, tenaga pendukung kesehatan, apoteker, atau manajer. Karena pengambilan keputusan kesehatan berkaitan dengan hal kematian dan keselamatan, kesehatan diletakkan dalam kedudukan yang lebih istimewa dibanding dengan masalah sosial yang lainnya.

Kesehatan juga dipengaruhi oleh sejumlah keputusan yang tidak ada kaitannya dengan layanan kesehatan: kemiskinan mempengaruhi kesehatan masyarakat, sama halnya dengan polusi, air kotor atau sanitasi yang buruk. Kebijakan ekonomi, seperti pajak merokok, atau alkohol dapat pula mempengaruhi perilaku masyarakat. Penyebab mutakhir meningkatnya obesitas ditengah masyarakat mencakup kesediaan makanan cepat saji yang murah namun tinggi kalori, penjualan soft drinks disekolah, juga menurunnya kebiasaan berolah raga.

Memahami hubungan antara kebijakan kesehatan dan kesehatan itu sendiri menjadi sedemikian pentingnya sehingga memungkinkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan utama yang terjadi saat ini – meningkatnya obesitas, wabah HIV/AIDS, meningkatnya resistensi obat – sekaligus memahami bagaimana perekonomian dan kebijakan lain berdampak pada kesehatan. Kebijakan kesehatan memberi arahan dalam pemilihan teknologi kesehatan yang akan dikembangkan dan digunakan, mengelola dan membiayai layanan kesehatan, atau jenis obat yang dapat dibeli bebas. Untuk memahami hal tersebut, perlu mengartikan apa yang dimaksud dengan kebijakan kesehatan.

Apa kebijakan kesehatan itu?

Kebijakan sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu – bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Orang-orang yang menyusun kebijakan disebut dengan pembuat kebijakan. Kebijakan dapat disusun di semua tingkatan – pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah atau rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan – satu kelompok khusus dari para pmbuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda. Misal: elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multi nasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan disusun disektor swasta dan pemerintah. Di sektor swasta, konglomerat multi nasional dapat menyusun kebijakan bagi semua anak perusahaannya diseluruh dunia, tetapi memberi kesempatan kepada anak perusahaan di daerah untuk memutuskan kebijakan mereka sendiri dengan sejumlah syarat. Sebagai contoh: perusahaan seperti Anglo-American dan Heineken mengeluarkan terapi anti-retroviral untuk para pekerjanya yang menderita HIV positif di Afrika ditahun 2000 sebelum pemerintah yang lain melakukan hal yang sama. Namun, perusahaan swasta harus memastikan bahwa kebijakan mereka disusun sesuai dengan hukum yang berlaku umum, yang disusun oleh pemerintah.

Kebijakan publik mengacu kepada kebijakan pemerintah. Sebagai contoh: Thomas Dye (2001) menyatakan bahwa kebijakan umum adalah segala sesuatu yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak. Ia berpendapat bahwa kegagalan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan juga merupakan suatu kebijakan. Misal: pemerintah Amerika terus menerus memutuskan untuk tidak menetapkan layanan kesehatan universal, tetapi mengandalkan program market-plus untuk warga sangat miskin dan lansia 65 th keatas, guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakatnya.

Ketika mempertimbangkan contoh-contoh dalam kebijakan publik, pembaca harus mempertimbangkan pula pernyataan atau pendapat resmi yang dikeluarkan oleh suatu pemerintah atau departemen. Pernyataan atau pendapat tersebut dapat digunakan dalam pencapaian tujuan tertentu (melaksanakan program pelarangan bertukar jarum guna mengurangi resiko diantara pengguna obat) atau menyelesaikan suatu masalah memungut tarif untuk kendaraan guna mengurangi kepadatan lalu lintas di daerah perkotaan).

Kebijakan dapat mengacu kepada kebijakan kesehatan atau ekonomi yang disusun pemerintah dimana kebijakan tersebut digunakan sebagai batasan kegiatan atau suatu usulan tertentu – “dimulai pada tahun yang akan datang, akan menjadi suatu kebijakan universitas untuk memastikan bahwa seluruh mahasiswa diwakili di dewan mahasiswa”. Kadang kebijakan disebut sebagai suatu program: program kesehatan sekolah yang dicanangkan pemerintah dapat memiliki sejumlah kebijakan yang berbeda: menolak calon siswa sebelum mereka memperoleh vaksin imunisasi penyakit anak, menyelenggarakan pemeriksaan medis, mensubsidi makanan sekolah dan pendidikan kesehatan yang wajib disertakan dalam kurikulum. Program kesehatan sekolah tersebut menjadi kebijakan bagi anak usia sekolah. Dalam contoh ini, jelas bahwa kebijakan tidak hanya berpangkal pada satu keputusan saja tetapi meliputi sejumlah keputusan yang mengarah ke suatu arah tindakan yang luas sepanjang waktu. Keputusan atau tindakan ini dapat disengaja atau tidak sengaja terdefinisi atau dianggap sebagai kebijakan.

Seperti yang pembaca ketahui, ada banyak cara yang mendefinisikan kebijakan. Definisi kebijakan oleh Thomas Dye yang menyatakan bahwa kebijakan umum adalah apa yang dilaksanakan dan tidak dilaksanakan oleh pemerintah tampaknya berlawanan dengan asumsi yang lebih formal bahwa segala kebijakan disusun untuk mencapai suatu maksud atau tujuan tertentu.

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan. Dalam buku ini kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam system kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta. Tetapi karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor penentu diluar system kesehatan, para pengkaji kebijakan kesehatan juga menaruh perhatian pada segala tindakan dan rencana tindakan dari organisasi diluar system kesehatan yang memiliki dampak pada kesehatan (misal: pangan, tembakau atau industri obat).

Sama halnya dengan beragam definisi kebijakan kesehatan, ada banyak gagasan mengenai pengkajian kebijakan kesehatan beserta penekanannya: seorang ahli ekonomi mungkin berpendapat bahwa kebijakan kesehatan adalah segala sesuatu tentang pengalokasian sumber daya yang langka bagi kesehatan; seorang perencana melihatnya sebagai cara untuk mempengaruhi faktor-faktor penentu di sektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat; dan bagi seorang dokter, kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan (Walt 1994). Menurut Walt, kebijakan kesehatan serupa dengan politik dan segala penawaran terbuka kepada orang yang berpengaruh pada penyusunan kebijakan, bagaimana mereka mengolah pengaruh tersebut, dan dengan persyaratan apa.

Seperti yang akan pembaca lihat, buku ini mengambil pendapat terakhir tentang kebijakan kesehatan, dan meletakkannya dalam suatu kerangka yang mencakup politik. Politik tidak dapat dipisahkan dari kebijakan kesehatan. Jika pembaca menerapkan epidemiologi, ilmu ekonomi, biologi atau profesi dan pengetahuan teknis lainnya ke dalam kehidupan sehari-hari, politik akan mempengaruhi pembaca. Tak seorang pun yang tidak dipengaruhi oleh politik. Misal: ilmuwan mungkin harus memfokuskan penelitian mereka pada hal-hal yang menarik minat pemberi biaya, daripada pertanyaan yang ingin mereka eksplorasi sendiri. Dalam memberikan resep, tenaga kesehatan mungkin harus mempertimbangkan kemungkinan tuntutan yang mengundang perselisihan dari pihak manajemen rumah sakit, peraturan pemerintah dan kemampuan masyarakat untuk membayar. Para profesional ini mungkin didatangi oleh sales perusahaan obat (*detailer*) yang ingin mempengaruhi mereka untuk memberikan obat dari perusahaan mereka, dan mungkin saja para sales perusahaan ini menggunakan bentuk insentif yang berbeda. Sebagian besar kegiatan merupakan bagian dari pasang surut dan arus politik.

Dalam pengembangan suatu kerangka yang mengintegrasikan politik kedalam kebijakan, para pengkaji kebijakan kesehatan perlu memikirkan lebih jauh isi kebijakan. Banyak buku dan makalah tentang kebijakan kesehatan hanya berfokus pada satu kebijakan tertentu, menggambarkan maksud dari kebijakan tersebut, strategi untuk mencapai tujuan, dan apakah kebijakan tersebut berhasil mencapainya. Sebagai contoh: pada tahun 1990an perhatian tertuju pada pembiayaan layanan kesehatan, dan melontarkan pertanyaan seperti berikut:

- Kebijakan mana yang lebih baik – menetapkan tarif bagi pengguna atau sistem asuransi sosial?
- Layanan kesehatan umum yang mana yang seharusnya dikontrakkan kepada sektor swasta? Layanan kebersihan di rumah sakit? Bank darah?
- Alat kebijakan apa yang diperlukan untuk menghadapi perubahan besar seperti itu? Legislatif? Regulasi? Insentif?

Pertanyaan diatas adalah pertanyaan “apa” dalam kebijakan kesehatan. Tetapi pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak dapat dipisahkan dari pertanyaan “siapa” dan “bagaimana”: siapa yang membuat keputusan? Siapa yang melaksanakan? Peraturan apa untuk menetapkan dan melaksanakannya, atau tidak diperdulikan saja? Dengan kata lain, isi kebijakan tidak dapat dipisahkan dari politik penyusunan kebijakan. Sebagai contoh: di Uganda, pada saat Presiden mengetahui bukti bahwa pemanfaatan layanan kesehatan menurun drastis setelah ditetapkannya tarif layanan kesehatan, maka Pemda membatalkan kebijakan yang dibuat oleh menteri kesehatannya yang terdahulu. Untuk memahami bagaimana Presiden Uganda membuat keputusan tersebut, pembaca perlu mengetahui sesuatu tentang konteks politik (akan ada pemilihan umum, dan keinginan untuk memenangkan suara); kekuatan Presiden untuk membuat suatu perubahan; dan peran bukti dalam mempengaruhi keputusan.

Kegiatan 1.1

Tanpa membaca bacaan, silakan mendefinisikan istilah berikut:

- *policy*
 - *public policy*
 - *health policy*
- Berikanlah contoh untuk setiap istilah tersebut!

Feedback

Policy (kebijakan) adalah keputusan yang diambil oleh pihak- pihak yang bertanggung jawab atas area kebijakan tertentu.

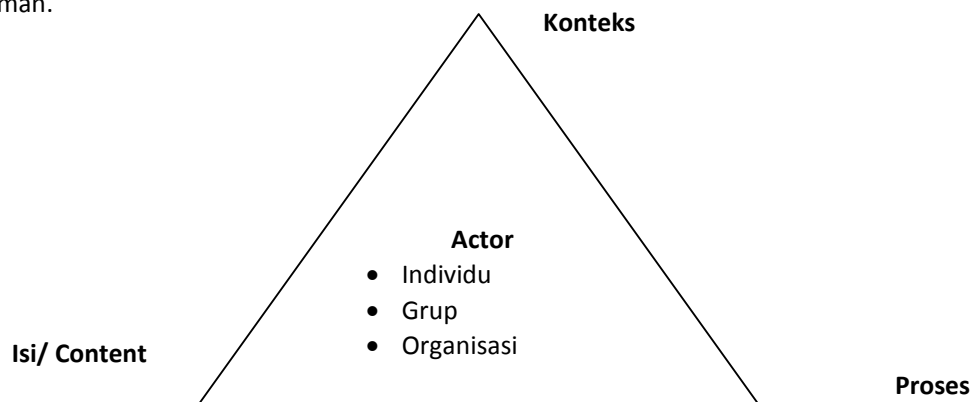
Public policy (Kebijakan publik) merujuk pada kebijakan – kebijakan yang dibuat oleh negara atau pemerintah.

Health policy (kebijakan kesehatan) mencakup tindakan yang mempengaruhi institusi, organisasi, pelayanan, dan upaya pendanaan sistem kesehatan

Segitiga Kebijakan Kesehatan

Kerangka yang digunakan dalam buku ini memahami pentingnya mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. Hal tersebut mengarah ke pemaparan peran Negara secara nasional dan internasional, serta kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat social secara nasional dan global, memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan. Juga berarti pemahaman terhadap proses dimana pengaruh-pengaruh tersebut diolah (contoh: dalam penyusunan kebijakan) dan konteks dimana para pelaku dan proses yang berbeda saling berinteraksi. Kerangka ini (Gambar 1.1) berfokus pada isi, konteks, proses dan pelaku. Kerangka tersebut digunakan dalam buku karena membantu dalam mengeksplorasi secara sistematis bidang politik yang terabaikan dalam kebijakan kesehatan dan kerangka tersebut dapat diterapkan dinegara dengan penghasilan rendah, menengah dan tinggi.

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Tidak demikian seharusnya! Pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan – bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga – dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama sekaligus bukit, sungai, hutan, jalan setapak dan pemukiman.



Gambar 1.1 Segitiga Analisis Kebijakan; Sumber: Walt and Gilson (1994)

Para Pelaku Penyusun Kebijakan

Seperti yang pembaca lihat dalam Gambar 1.1., pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu (seorang negarawan – Nelson Mandela, mantan Presiden Afrika Selatan, misal), organisasi seperti World bank atau perusahaan multi-nasional seperti Shell, atau bahkan suatu Negara atau pemerintahan. Namun, penting untuk dipahami bahwa itu semua adalah penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari organisasi dimana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya menyuarakan hal yang sama, yang masing-masing memiliki norma dan kepercayaan yang berbeda.

Dalam bab-bab selanjutnya, pembaca akan melihat banyak pelaku yang berbeda beserta cara untuk membedakan mereka supaya dapat mengkaji siapa yang memiliki pengaruh dalam proses kebijakan. Sebagai contoh: ada banyak cara untuk menggambarkan kelompok-kelompok diluar daerah. Dalam hubungan internasional, ada kebiasaan untuk membicarakan pelaku-pelaku non pemerintah. Ilmuwan politik menganggapnya sebagai kelompok yang berkepentingan dan kelompok yang menekan. Dalam perkembangan literatur, kelompok-kelompok ini sering disebut organisasi sosial masyarakat (organisasi yang berdiri diantara pemerintah dan individu/keluarga). Yang membedakan dari pelaku pemerintah adalah mereka tidak mencari kekuatan politik yang formal untuk diri mereka sendiri, meskipun mereka benar-benar ingin mempengaruhi mereka yang memiliki kekuasaan politik secara formal.

Terkadang sejumlah kelompok yang berbeda berkumpul untuk menunjukkan sikap mereka terhadap isu tertentu – disebut sebagai gerakan sosial atau gerakan masyarakat. Sebagai contoh, gerakan yang dilakukan oleh kelompok-kelompok yang berbeda di tahun 1980an membuat perubahan politik dalam rezim sosialis di Eropa Timur. Banyak gerakan social yang berjuang untuk kemerdekaan, otonomi atau melawan rezim politik tertentu (gerakan Zapatista di Provinsi Chiapas, Mexico, adalah bagian dari suatu gerakan diseluruh Amerika Latin untuk mempertahankan hak penduduk asli).

Para pelaku ini berusaha untuk mempengaruhi proses politik ditingkat lokal, nasional, atau internasional. Seringkali mereka merupakan bagian jaringan yang sering disebut sebagai partner, untuk mengkonsultasikan dan memutuskan kebijakan diseluruh tingkatan ini. Di tingkat lokal, sebagai contoh, pekerja kesehatan masyarakat dapat bekerja dengan pegawai lingkungan, guru sekolah setempat, dan bahkan perusahaan setempat. Dalam sisi spektrum yang lain, para pelaku ini dapat pula dihubungkan dengan pelaku lain antar daerah, sebagai contoh, mereka bisa menjadi anggota jaringan kerja antar pemerintahan (yakni: pejabat pemerintahan dalam satu departemen dari pemerintahan suatu negara, mengambil pelajaran dari pilihan-pilihan yang diambil oleh pejabat pemerintahan dari satu Negara yang lain); atau mereka bisa saja menjadi bagian dari komunitas kebijakan – jaringan professional yang saling bertemu dalam forum ilmiah atau bekerja sama dalam proyek penelitian. Yang lain mungkin membentuk jaringan isu – bertindak bersama dalam satu isu tertentu. Di Bab 6 pembaca akan belajar banyak mengenai perbedaan diantara kelompok-kelompok ini beserta peran mereka dalam proses kebijakan.

Untuk memahami seberapa besar pengaruh para pelaku tersebut dalam proses kebijakan berarti pula memahami konsep kekuasaan, dan bagaimana kekuasaan tersebut digunakan. Para pelaku mungkin berusaha untuk mempengaruhi kebijakan, tetapi sampai dimana pengaruh tersebut tergantung pada bagaimana mereka memandang kekuasaan tersebut. Kekuasaan dapat dikategorikan berdasarkan kekayaan pribadi, kepribadian, tingkat atau akses kepada ilmu pengetahuan, atau kewenangan, tetapi hal tersebut sangat berhubungan dengan organisasi dan struktur (termasuk jaringan kerja) dimana para pelaku individu ini bekerja dan tinggal. Ahli sosiologi dan ilmu politik membahas hubungan diantara lembaga dan struktur dengan mengedepankan

pengertian bahwa kekuasaan para pelaku (pejabat) terikat dalam struktur organisasi mereka sendiri. Pembaca akan memahami lebih dalam tentang pengertian kekuasaan dalam Bab 2 tetapi buku ini berpendapat bahwa kekuasaan adalah hasil dari hubungan antara lembaga dan struktur.

Kegiatan 1.2

Buatlah daftar perbedaan *actor* (pelaku) yang mungkin terlibat dalam kebijakan kesehatan terkait dengan HIV/AIDS. Masukkan pelaku-pelaku tersebut dalam kelompok yang berbeda.

Feedback

Pembaca dapat mengelompokkan pelaku dengan berbagai cara dan daftar tersebut mungkin spesifik untuk daerah tertentu dan dapat berubah sepanjang waktu. Contoh di bawah ini mungkin sesuai tapi setidaknya dapat memberikan ide mengenai pengkategorian dan pelaku – pelaku yang terlibat. Jangan khawatir jika pembaca tidak mengetahui karena keterangan selanjutnya akan pembaca dapatkan pada bab berikutnya.

- Pemerintah (menteri kesehatan, menteri pendidikan, menteri tenaga kerja)
- NGO, Non-Governmental organizations, Internasional (Medecins Sans Frontieres, Oxfam)
- NGO nasional
- Kelompok – kelompok terkait (Treatment Action Campaign)
- Organisasi internasional (WHO, UNAIDS, World Bank)
- Agen bilateral (DFID, USAID, SIDA)
- Organisasi pendonor (the Global Fund, PEPFAR)
- Perusahaan pribadi (Anglo- American, Heineken, Merck)

Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan

Konteks mengacu ke faktor sistematis – politik, ekonomi dan social, national dan internasional – yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokkan fakto-faktor tersebut, tetapi Leichter (1979) memaparkan cara yang cukup bermanfaat:

- Faktor situasional, merupakan kondisi yang tidak permanen atau khusus yang dapat berdampak pada kebijakan (contoh: perang, kekeringan). Hal-hal tersebut sering dikenal sebagai ‘focusing event’ (lihat Bab 4). Event ini bersifat satu kejadian saja, seperti: terjadinya gempa yang menyebabkan perubahan dalam aturan bangunan rumah sakit, atau terlalu lama perhatian publik akan suatu masalah baru. Contoh: terjadinya wabah HIV/AIDS (yang menyita waktu lama untuk diakui sebagai wabah internasional) memicu ditemukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan pada TBC karena adanya kaitan antara kedua penyakit tersebut – orang-orang pengidap HIV positif lebih rentan terhadap berbagai penyakit, dan TBC dapat dipicu oleh HIV.
- Faktor struktural, merupakan bagian dari masyarakat yang relatif tidak berubah. Faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan; faktor struktural meliputi pula jenis ekonomi dan dasar untuk tenaga kerja. Contoh, pada saat gaji perawat rendah, atau terlalu sedikit pekerjaan yang tersedia untuk tenaga yang sudah terlatih, negara tersebut dapat mengalami perpindahan tenaga professional ini ke sektor di masyarakat yang masih kekurangan. Faktor struktural lain yang akan mempengaruhi kebijakan kesehatan suatu masyarakat adalah kondisi demografi atau kemajuan teknologi. Contoh, negara dengan populasi lansia yang tinggi memiliki lebih banyak rumah sakit dan

obat-obatan bagi para lansianya, karena kebutuhan mereka akan meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan teknologi menambah jumlah wanita melahirkan dengan sesar di banyak negara. Diantara alasan-alasan tersebut terdapat peningkatan ketergantungan profesi kepada teknologi maju yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil resiko dan ketakutan akan adanya tuntutan. Dan tentu saja, kekayaan nasional suatu negara akan berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan yang dapat diupayakan.

- Faktor budaya, dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam masyarakat dimana hirarki menduduki tempat penting, akan sangat sulit untuk bertanya atau menantang pejabat tinggi atau pejabat senior. Kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka, atau menerima layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka. Di beberapa negara dimana para wanita tidak dapat dengan mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus ditemani oleh suami) atau dimana terdapat stigma tentang suatu penyakit (misal: TBC atau HIV), pihak yang berwenang harus mengembangkan sistem kunjungan rumah atau kunjungan pintu ke pintu. Faktor agama dapat pula sangat mempengaruhi kebijakan, seperti yang ditunjukkan oleh ketidak-konsistennya President George W. Bush pada awal tahun 2000-an dalam hal aturan sexual dengan meningkatnya pemakaian kontrasepsi atau akses ke pengguguran kandungan. Hal tersebut mempengaruhi kebijakan di Amerika dan negara lain, dimana LSM layanan kesehatan reproduksi sangat dibatasi atau dana dari pemerintah Amerika dikurangi apabila mereka gagal melaksanakan keyakinan tradisi budaya President Bush.
- Faktor internasional atau *exogenous*, yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan antar negara dan mempengaruhi kemandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan (lihat Bab 8). Meskipun banyak masalah kesehatan berhubungan dengan pemerintahan nasional, sebagian dari masalah itu memerlukan kerjasama organisasi tingkat nasional, regional atau multilateral. Contoh, pemberantasan polio telah dilaksanakan hampir di seluruh dunia melalui gerakan nasional atau regional, kadang dengan bantuan badan internasional seperti WHO. Namun, meskipun satu daerah telah berhasil mengimunitasi polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk ke daerah tersebut dibawa oleh orang-orang yang tidak diimunitasi yang masuk lewat perbatasan.

Seluruh faktor tersebut merupakan faktor yang kompleks, dan tergantung pada waktu dan tempat. Contoh, pada abad 19, Inggris mengeluarkan kebijakan kesehatan mengenai penyakit menular seksual diseluruh Kerajaan Inggris Raya. Berdasar asumsi kolonial yang dominan, meskipun melihat bagaimana suku dan jenis kelamin diterapkan dalam masyarakat Inggris, tetap mempertimbangkan kebijakan yang mencerminkan prasangka dan asumsi kekuasaan penjajah, daripada kebijakan yang sesuai dengan budaya setempat. Levine (2003) menggambarkan keadaan di India, pekerja seks wanita harus mendaftarkan diri kepada pihak kepolisian sebagai pekerja prostitusi, suatu kebijakan yang didasarkan pada kepercayaan Inggris bahwa prostitusi tidak membawa tabu atau stigma tertentu di India. Kepolisian kolonial yang mengurus prostitusi mengharuskan rumah-rumah pelacuran untuk mendaftar kepada pihak berwenang setempat. Asumsi bahwa pemilik rumah pelacuran kejam dan tidak mengakui kebebasan para pekerjanya menyebabkan pihak colonial yang berwenang memaksakan suatu pendaftaran yang mewajibkan pemilik rumah pelacuran bertanggung jawab untuk memeriksakan pekerja mereka. Di Inggris sendiri, rumah pelacuran illegal dan kebijakan mengenai pekerja seks wanita yang ada adalah yang khusus mengurus mereka "yang berkeliaran di jalan".

Contoh menarik bagaimana konteks mempengaruhi kebijakan dipaparkan oleh Shiffman dan rekannya (2002). Mereka membandingkan hak reproduksi di Serbia dan Croatia, dimana, setelah pemerintahan federal Yugoslavia terpecah, pemerintah menganjurkan para wanitanya untuk memiliki lebih banyak anak. Penulis berpendapat bahwa kebijakan yang mendukung kelahiran disebabkan oleh keyakinan para elit di kedua negara bahwa ketahanan nasional sedang diujung tanduk. Keyakinan para elit ini disebabkan oleh beberapa faktor: salah satunya adalah pergeseran dari filosofi sosialis mengenai emansipasi wanita ke ideologi yang lebih nasionalis. Faktor yang lain adalah perbandingan yang dibuat oleh kalangan elit antara tingkat kesuburan yang rendah diantara suku Serb di Serbia dan suku Croats di Croatia, dengan tingkat kesuburan yang lebih tinggi di kelompok suku lain yang terdapat di dua negara.

Untuk memahami bagaimana kebijakan kesehatan berubah, atau tidak, mempunyai arti kemampuan untuk mengkaji konteks dimana kebijakan tersebut dibuat, dan mencoba menilai sejauh mana jenis-jenis faktor tersebut dapat mempengaruhi kebijakan yang dihasilkan.

Kegiatan I.3

Pikirkan tentang kebijakan HIV/AIDS yang dilaksanakan di negara pembaca masing-masing. Sebutkan faktor-faktor kontekstual yang mungkin mempengaruhi cara bagaimana kebijakan itu dikembangkan. Ingat bahwa faktor-faktor kontekstual telah dibedakan menjadi empat faktor yang berbeda.

Feedback

Jelas bahwa masing-masing konteks memiliki sifat yang khusus, tetapi jenis faktor kontekstual yang mungkin akan pembaca identifikasi adalah:

Situasional

- Perdana menteri atau presiden yang baru saja berkuasa dan memutuskan kebijakan AIDS sebagai prioritas
- Kematian seseorang yang terkenal karena AIDS

Struktural

- Peran media atau LSM dalam mempublikasikan (atau tidak) wabah AIDS – yang berkaitan dengan tingkatan dimana sistem politik terbuka atau tertutup
- Bukti meningkatnya angka kematian karena AIDS yang dipublikasikan – mungkin hanya dipublikasikan diantara kelompok tertentu seperti tenaga kesehatan

Budaya

Gerakan dari kelompok keagamaan – baik yang positif maupun negative – terhadap penderita HIV/AIDS atau perilaku seksual

Internasional

Peran donor internasional – sumber dana ekstra yang diperoleh melalui insentif global seperti Global Fund untuk AIDS, TB dan Malaria.

Proses Penyusunan Kebijakan

Proses mengacu kepada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan dan dievaluasi. Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah dengan menggunakan apa yang disebut ‘tahap heuristik’ (Sabatier dan Jenkins-Smith 1993). Yang dimaksud disini adalah membagi proses kebijakan menjadi serangkaian tahapan sebagai alat teoritis, suatu model dan tidak selalu menunjukkan apa yang sebenarnya terjadi didunia nyata. Namun, serangkaian tahapan ini membantu untuk memahami penyusunan kebijakan dalam tahapan-tahapan yang berbeda:

- Identifikasi masalah dan isu: menemukan bagaimana isu – isu yang ada dapat masuk kedalam agenda kebijakan, mengapa isu – isu yang lain justru tidak pernah dibicarakan. Dalam Bab 4 pembaca akan mengetahui tahap ini dengan lebih rinci.
- Perumusan kebijakan: menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan. Peran penyusunan kebijakan dalam pemerintahan dibicarakan pada Bab 5 serta pihak-pihak yang terkait dibahas pada bab 6
- Pelaksanaan Kebijakan: tahap ini yang paling sering diacuhkan dan sering dianggap sebagai bagian yang terpisah dari kedua tahap yang pertama. Namun, tahap ini yang diperdebatkan sebagai tahap yang paling penting dalam penyusunan kebijakan sebab bila kebijakan tidak dilaksanakan, atau dirubah selama dalam pelaksanaan, sesuatu yang salah mungkin terjadi – dan hasil kebijakan tidak seperti yang diharapkan. isu ini dibahas dalam Bab 7.
- Evaluasi kebijakan: temukan apa yang terjadi pada saat kebijakan dilaksanakan – bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai dan apakah terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat dimana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan yang baru ditetapkan. Bab 9 akan membahas tahap ini.

Ada sejumlah peringatan dalam penggunaan kerangka yang berguna dan sederhana ini. Pertama, proses kebijakan terlihat seperti proses yang linier – dengan kata lain, proses ini berjalan dengan mulus dari satu tahap ke tahap yang lain, dari penemuan masalah hingga ke pelaksanaan dan evaluasi. Namun, sebenarnya jarang terlihat jelas sebagai suatu proses. Mungkin pada saat tahap pelaksanaan masalah baru ditemukan atau kebijakan mungkin diformulasikan tetapi tidak pernah mencapai tahap pelaksanaan. Dengan kata lain, penyusunan kebijakan jarang menjadi suatu proses yang rasional – iterative dan dipengaruhi oleh kepentingan sepihak – i.e. pelaku. Banyak yang sependapat dengan Lindblom (1959) bahwa proses kebijakan adalah sesuatu yang dicampur aduk oleh para penyusun kebijakan. Perihal ini akan dibahas lebih mendalam dalam Bab 2.

Namun, tahap heuristics telah berlangsung sekian lama dan tetap bermanfaat. Tahap ini dapat digunakan untuk mengkaji tidak hanya kebijakan tingkat nasional tetapi juga internasional guna memahami bagaimana kebijakan disebarkan ke seluruh dunia.

Kegiatan I.4

Ringkasan mengenai pasang surutnya kebijakan tentang TBC yang dirangkum oleh Jessica Ogden dan rekan-rekannya (2003) menggambarkan adanya tahapan yang berbeda dalam proses kebijakan dimana memperhatikan pula konteks, pelaku serta proses:

Pada saat anda membacanya, terapkan pula segitiga kebijakan kesehatan:

1. Tunjukkan dan tuliskan siapa para pelakunya!

2. Proses apa yang anda temukan?
3. Apa yang dapat pembaca bedakan dalam konteks?
4. Dibagian apa isi (konten) berperan dalam penetapan kebijakan?

Memasukkan TB pada agenda kebijakan dan menyusun kebijakan DOTS

1970: masa ketidak-pedulian dan kepuasan

Selama tahun 1970, program pemberantasan TB dilaksanakan di banyak negara berpendapatan penduduk rendah dan menengah, dengan mencapai hasil yang biasa saja. Hanya ada satu LSM internasional, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), yang berusaha mencari jalan untuk meningkatkan program TB, sebagian besar melalui upaya yang dilakukan oleh salah satu dokter umum yang bergabung dalam LSM tersebut, Karel Styblo. Sejak awal 1980an, Styblo and IUATLD berusaha untuk mengembangkan suatu strategi pengawasan dengan menggunakan pengobatan jangka pendek (6 bulan) yang dapat dilaksanakan dan efektif di negara berkembang. Pada saat program pemberantasan TB masih menggunakan pengobatan dengan jangka waktu lebih lama, sedangkan komunitas kesehatan masyarakat tidak setuju dengan *best practice* dalam pengobatan TB.

Selain itu, konteks kebijakan kesehatan internasional pada tahun 1970an menolak pengembangan pendekatan vertikal yang dilakukan oleh IUATLD dalam Pemberantasan TB. Masa ini adalah saat WHO, khususnya Direktur Jenderal, Halfdan Mahler, mencanangkan tujuan Kesehatan untuk Semua Tahun 2000'. Tujuan ini akan dicapai melalui gerakan untuk mengembangkan dan mengintegrasikan layanan kesehatan dasar di negara miskin. Kesehatan menekankan pada integrasi keluarga berencana dan imunisasi dalam layanan kesehatan, bukan pada penetapan program vertikal (khusus) pemberantasan penyakit.

Akhir Th 1980an: masa kelahiran kembali dan masa melakukan percobaan

Minat dan perhatian kembali diberikan pada program TB mulai pertengahan 1980-an oleh negara-negara industri pada saat terjadi peningkatan jumlah kasus dan jumlah penyakit akibat penggunaan obat. Pada saat itu sebagian orang percaya bahwa TB merupakan penyakit masa lalu. Terdapat peningkatan bukti bahwa TB dan HIV/AIDS saling terkait, dan banyak kematian karena TB dihubungkan dengan HIV.

Sejumlah badan internasional mengawali proses menjadikan TB sebagai agenda kebijakan kesehatan internasional. World bank membuat suatu kajian terhadap sejumlah intervensi kesehatan yang berbeda sebagai bagian dari pengkajian prioritas sektor kesehatan, dan menjadikan Pemberantasan TB sebagai intervensi dengan efektifitas biaya yang tinggi. Komisi Ad Hoc Bidang Penelitian Kesehatan (yang terdiri dari ahli-ahli kesehatan masyarakat terkemuka, dengan bersekretariat di Universitas Harvard) juga menilai TB sebagai penyakit yang tidak dipedulikan. Para anggota komisi tersebut bertemu Styblo, dan terkesan dengan pendekatan yang dilakukannya. WHO memperluas Unit TB-nya, dan menugaskan Arata Kochi, mantan pejabat UNICEF- sebagai kepala unitTB yang baru. Salah satu dari tugas pertamanya adalah sebagai tenaga ahli untuk advokasi dan komunikasi.

Tahun 1990-an: Advokasi membuka kesempatan

Program TB WHO berubah dari penekanan teknis menjadi advokasi intensif pada 1993. Salah satu buktinya adalah peristiwa media di London pada April 1993 yang mendeklarasikan TB sebagai suatu 'Global Emergency'. Yang kedua adalah nama sebutan untuk kebijakan TB yang baru – DOTS – Directly Observed Therapy (Terapi Pengamatan Langsung), jangka pendek. DOTS terdiri dari

lima komponen: terapi pengamatan langsung (dimana petugas kesehatan mengawasi pasien yang sedang mengkonsumsi obat); pengujian dahak; sistem pencatatan pasien; penyediaan obat yang efektif; dan komitmen politik.

Proses pemberian sebutan baru ini mengejutkan komunitas akademik dan ilmiah. Kesenjangan terjadi antara ahli politik dan operasional yang menginginkan diberlakukannya strategi baru (yang menekankan pentingnya pengembangan vaksin dan obat baru untuk TB) serta ahli teknis dan ilmiah (yang sebagian besar merupakan komunitas akademik) yang menyatakan bahwa strategi WHO yang baru tidak hanya terlalu menyederhanakan penanganan TB tetapi juga mengurangi pendanaan untuk pengembangan penelitian. Ahli lain tidak sependapat dengan apa yang awalnya dianggap sebagai kebijakan yang sangat autokratik, yang membatasi kesempatan untuk membicarakan cara – cara alternatif untuk mengendalikan TB.

Feedback

1. Pembaca telah mengenali pelaku-pelaku berikut:

- a) Karel Styblo, Haalfdan Mahler, Arata Kochi (beserta organisasi dimana mereka bekerja yang telah meletakkan dasar untuk pengaruh mereka: IUATLD, WHO, UNICEF).
- b) Ahli advokasi dan komunikasi yang tidak disebut namanya
- c) World bank, Komite Ad Hoc Bidang Penelitian Kesehatan
- d) Jaringan: komunitas kesehatan masyarakat, ahli TB, ahli teknis dan ilmiah yang berminat dalam penelitian obat dan vaksin baru untuk TB.

2. Proses

Cerita ini dibagi dalam dekade yang menunjukkan tahap tidak dihiraukan pada tahun 1970an (dimana program TB dilaksanakan di banyak negara tetapi tidak ada perhatian untuk memperbaiki dampaknya); suatu tahap dimana masalah ditemukan pada tahun 1980-an yang menghubungkan wabah HIV/AIDS dengan meningkatnya kasus TB melalui penelitian dan pengalaman. Kemudian disusunnya agenda pada tahun 1990-an dimana gerakan publik mengembalikan TB pada agenda kebijakan internasional.

3. Konteks

Sejumlah hal yang bisa pembaca masukkan dalam konteks adalah: kepuasan diri di negara industri sampai dengan akhir tahun 1980-an, karena TB dianggap telah diberantas. Hal ini tidaklah benar di negara berpenghasilan rendah, sebagian disebabkan oleh hubungan antara TB dan kemiskinan. Pembaca bisa menyebutkan bahwa WHO sedang mencanangkan kebijakan 'Kesehatan untuk Semua' yang dimaksudkan untuk layanan kesehatan terpadu, dan menolak program khusus serta vertikal dalam rancangan program TB yang dulu.

4. Konten (isi)

Pembaca mungkin telah mencatat konten teknis dalam kebijakan TB seperti pemberian obat jangka pendek. Pembaca mungkin juga sudah mencatat kepanjangan dari DOTS beserta perbedaan-perbedaan yang dimilikinya.

Menggunakan Segitiga Kebijakan Kesehatan

Pembaca bisa menggunakan segitiga kebijakan kesehatan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu atau pembaca dapat menerapkannya untuk merencanakan suatu kebijakan khusus. Yang pertama tadi mengacu kepada pengkajian kebijakan, sedangkan yang kedua mengenai pengkajian untuk kebijakan.

Pengkajian kebijakan pada umumnya bersifat retrospektif – pengkajian ini melihat kembali penentuan kebijakan (bagaimana kebijakan dapat dimasukkan kedalam agenda, bagaimana awal dan perumusannya, apa isi kebijakan tersebut (konten). Pengkajian ini juga meliputi evaluasi dan monitoring kebijakan – apakah dapat mencapai tujuan? Apakah dapat dianggap berhasil?

Pengkajian untuk kebijakan biasanya bersifat prospektif – pengkajian yang melihat ke depan dan mencoba untuk mengantisipasi apa yang akan terjadi jika suatu kebijakan tertentu dilaksanakan. Pengkajian ini memberikan pemikiran strategis untuk masa mendatang dan dapat mengarah ke advokasi dan lobi kebijakan. Sebagai contoh: sebelum pemerintah Inggris mengeluarkan peraturan tentang penggunaan sabuk pengaman mobil yang wajib untuk mengurangi angka kematian karena kecelakaan, pemerintah Inggris mengadakan kampanye pendidikan nasional untuk mempengaruhi masyarakat pada bukti yang menunjukkan bahwa sabuk pengaman mengurangi kematian dan pemerintah juga mengkonsultasi pihak kepolisian dan perusahaan mobil sebelum kebijakan tentang pemakaian wajib sabuk pengaman dan pihak kepolisian menjamin pelaksanaannya. Pada Bab 10 pembaca akan mempelajari sejumlah metode, seperti pengkajian pemegang keputusan, guna membantu dalam prospektif perencanaan kebijakan.

Sebuah contoh tentang bagaimana pengkajian kebijakan dapat membantu dalam tindakan untuk kebijakan dapat dilihat dalam penelitian yang dilakukan oleh McKee et al. (1996) dimana mereka membandingkan kebijakan yang dilaksanakan di sejumlah negara berpenghasilan tinggi dalam pencegahan kematian bayi mendadak – kadang disebut dengan '*cot deaths*'. Penelitian telah menemukan bahwa kematian semacam ini dapat dihindari dengan menidurkan bayi terlentang. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa bukti telah ditemukan awal tahun 1980-an tetapi dilaksanakan beberapa tahun kemudian dan sejumlah negara tidak segera menetapkan cara ini agar supaya dapat mendorong para orang tua untuk menidurkan bayi mereka terlentang. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa bukti statistik dianggap tidak penting, sama halnya dengan pemerintah dibanyak negara yang tidak tanggap akan adanya angka kematian bayi mendadak yang selalu meningkat meski banyak bukti disekitar mereka. Sebaliknya, mereka lebih menekankan pada program-program yang disiarkan media, serta kegiatan dan feedback oleh LSM yang dianggap lebih penting. Pelajaran yang dapat diambil tentang kebijakan tergantung pada sistem politik: dalam pemerintahan federal, nampaknya ada penyebaran kewenangan, kegiatan pusat sulit dilaksanakan. Hal ini dapat diatasi dengan kampanye regional yang terorganisasi baik, serta mengajak LSM dan media untuk ikut memperhatikan isu tersebut. Di sebuah negara, layanan statistik yang terdesentralisasi mengakibatkan kelambatan dalam memperoleh data kematian. Akibatnya pengenalan masalah memerlukan waktu lebih lama. Penulis menyimpulkan bahwa masih banyak negara yang harus mengkaji kembali tatanan mereka dalam menghadapi bukti tantangan kesehatan masyarakat.

Ringkasan

Pembaca telah dikenalkan dengan definisi kebijakan dan kebijakan kesehatan dalam bab ini, serta kerangka pengkajian terhadap konteks, proses dan pelaku, yang akan membantu pembaca dalam memahami politik yang berpengaruh pada proses penyusunan kebijakan. Pembaca telah mempelajari bahwa segitiga kebijakan dapat digunakan secara retrospektif – untuk menganalisis kebijakan dimasa lalu, dan secara prospektif – membantu dalam perencanaan untuk mengubah

kebijakan yang sudah ada. Banyak konsep yang sudah pembaca ketahui ini akan diperluas dan diberi gambaran yang lebih dalam bab-bab selanjutnya.

Referensi

- Aderson J (1975). *Public Policy Making*. London: Nelson
- Dye T (2001). *Top Down Policymaking*. London: Chatham House Publisher
- Leichter H (1979). *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Levine P (2003). *Prostitution, Race and Politics: Policing Venereal Disease in the British Empire*. New York: Routledge
- Lindblom CE (1959). The science of muddling through. *Public Administrative Review* 19: 79-88
- McKee M, Fulop N, Bouvier P, Hort A, Brand H, Rasmussen R, Kohler L, Varsovsky Z dan Rosdhl N (1996). Preventing sudden infant deaths – the slow diffussion of an idea. *Health Policy* 37: 117-35
- Ogden J, Walt G dan Lush (2003). The Politics of ‘branding’ in policy transfer: The case of DOTS for tuberculosis control. *Social Science and Medicine* 57(1): 163-72
- Sabatier P dan Jenkins-Smith H (1993). *Policy Change and Learning*. Boulder, CO: Westview Press
- Shiffman J, Skarbalo M dan Subotic J (2002). Reproductive rights and the state in Serbia and Croatia. *Social Science and Medicine* 54: 625-42
- Watl G (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books
- Walt G dan Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9: 353-70

Chapter 2

Kekuasaan dan Proses Kebijakan

Sekilas

Dalam bab ini pembaca akan mempelajari mengapa pemahaman mengenai kekuasaan bersifat fundamental dalam pengkajian kebijakan. Disamping itu akan dipaparkan sejumlah teori yang diharapkan membantu pembaca memahami hubungan antara kekuasaan dan proses kebijakan. Penjelasan tersebut meliputi kekuasaan, pembagian kekuasaan di tengah masyarakat dan bagaimana pemerintah membuat keputusan. Pemaparan teoritis ini akan menjelaskan mengapa pembuatan keputusan tidak hanya sekedar proses rasional tetapi lebih menyerupai hasil perjuangan kelompok-kelompok pelaku yang saling bersaing.

Tujuan Pembelajaran

Pada akhir bab ini, pembaca diharapkan mampu untuk:

- Membedakan tiga dimensi kekuasaan dan menerapkannya pada penyusunan kebijakan kesehatan
- Membandingkan teori-teori yang membahas pembagian kekuasaan di masyarakat dan memahami terhadap yang menentukan kebijakan kesehatan
- Mendefinisikan sistem politik, membedakan jenis-jenis kekuasaan yang berbeda, serta memahami implikasi keikutsertaan dalam penyusunan kebijakan
- Membandingkan teori - teori pembuatan keputusan yang didasarkan pada peran kekuasaan dalam proses kebijakan.

Istilah

Authority (kewenangan): kekuasaan mengacu kepada kemampuan untuk mempengaruhi orang lain, sedangkan kewenangan mengacu kepada hak untuk melakukan kekuasaan tersebut

Bounded rationality (rasionalitas terbatas): pembuat kebijakan yang berupaya untuk selalu rasional tetapi tidak dapat membuat keputusan yang memuaskan, karena kurangnya pengetahuan.

Elitism: teori yang mengatakan bahwa kekuasaan berpusat pada kelompok minoritas dalam masyarakat.

Government (pemerintah): lembaga serta tata cara untuk membuat dan melaksanakan peraturan serta keputusan bersama lainnya. Dalam konsep yang lebih sempit dari suatu negara (bagian) yang meliputi lembaga peradilan, militer dan keagamaan.

Incrementalism: teori yang menyebutkan bahwa keputusan ditetapkan tidak melalui proses rasional tetapi melalui penyesuaian - penyesuaian kecil dalam status quo kenyataan politik.

Pluralism (pluralisme): teori yang menyebutkan bahwa kekuasaan disebar secara luas dalam masyarakat.

Sistem Politik: suatu proses yang digunakan pemerintah untuk merubah input dari masyarakat menjadi output kebijakan.

Rasionalisme: Teori yang menyebutkan bahwa keputusan keputusan dibuat melalui proses rasional dengan mempertimbangkan semua kemungkinan beserta konsekuensinya dan kemudian memilih diantara alternatif yang terbaik.

Sovereignty (kedaulatan): mencakup peraturan atau pengendalian yang utama, comprehensif, terbaik dan eksklusif.

State (negara/negara bagian) : suatu kesatuan lembaga yang memiliki kedaulatan atas satu daerah teritorial tertentu.

Pendahuluan

Pembaca akan menyadari bahwa kekuasaan dilaksanakan sebagai arah berbagai aspek kehidupan sehari-hari. Dalam bab berikut pembaca akan mempelajari perubahan peran dari negara dan reformasi akhir abad 20 yang ditujukan untuk “mengembalikan kembali” negara yang ditentang oleh banyak pelaku dibanyak negara. Penolakan ini tidak mengejutkan karena penyusunan kebijakan merupakan perjuangan antar kelompok dengan kepentingan untuk bersaing, sebagian mendukung perubahan dan sebagian yang lain menolak, tergantung pada kepentingan atau idealisme mereka. Sebagai contoh: ekonom kesehatan berharap membatasi otonomi profesi medis agar dapat mengendalikan pola pengeluaran. Namun, reformasi semacam itu sering ditentang oleh pada dokter – sebagian dari mereka akan berpendapat bahwa pembatasan ini dapat merampas otonomi profesi mereka dan sebagian yang lain akan berpendapat bahwa pembatasan ini dapat mempengaruhi pendapatan mereka. Oleh karena itu, penyusunan kebijakan sering diwarnai oleh konflik karena perubahan yang diusulkan atau diusahakan mengancam status quo. Hasil dari konflik tergantung pada keseimbangan kekuasaan antara para individu dan kelompok yang terlibat serta proses atau peraturan yang ditetapkan untuk menyelesaikan konflik tersebut. Oleh karenanya, memahami penyusunan kebijakan memerlukan pemahaman terhadap sifat alami kekuasaan, bagaimana pendistribusian, dan cara pelaksanaannya.

Bab ini meringkas sejumlah teori yang membantu pemahaman terhadap hubungan kekuasaan dan penyusunan kebijakan kesehatan. Meskipun teori yang berbeda terbukti benar dalam beberapa situasi, tapi kembali ke pembaca sendiri untuk menentukan teori mana yang paling sesuai karena nampaknya semua tergantung pada cara pandang masing-masing. Pertama, arti dari kekuasaan telah dijelaskan. Kemudian, sejumlah teori tentang pembagian kekuasaan dipaparkan – khususnya yang membandingkan pluralisme dan bentuk-bentuk elitisme. Selanjutnya, kami beralih ke bagaimana kebijakan disusun dalam sistem politik agar dapat menjelaskan keadaan kalangan pluralis dan elit yang memiliki kebenaran masing-masing sesuai dengan isi dan konteks kebijakan. Sehubungan dengan peran yang dimainkan kekuasaan dalam penyusunan kebijakan, pembaca akhirnya akan mempelajari sampai batas mana pembuatan keputusan merupakan suatu proses yang rasional atau sesuatu yang mengorbankan penyebab demi kekuasaan.

Bab ini memperdalam pemahaman pembaca terhadap dimensi proses dari segitiga kebijakan dan mendasari pengkajian mendalam tentang penentuan agenda serta perumusan, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan. Bab ini juga membahas pelaku-pelaku tertentu dalam arti yang lebih luas, khususnya negara, organisasi kelompok berkepentingan, dan para pembuat keputusan perorangan yang memiliki kekuasaan dan melaksanakannya dalam proses kebijakan.

Apakah kekuasaan itu?

Kekuasaan pada umumnya dipahami sebagai kemampuan untuk mencapai hasil yang diharapkan – untuk ‘melakukan’ sesuatu. Dalam penyusunan kebijakan, konsep kekuasaan secara khusus dipertimbangkan dalam suatu pemikiran hubungan “memiliki kekuasaan” atas orang lain.

Kekuasaan dilaksanakan pada saat A meminta B melakukan sesuatu yang tidak akan dilakukan B sebelumnya. Si A dapat meraih tujuan akhir atas B ini melalui beberapa cara yang dikategorikan menjadi tiga dimensi kekuasaan: kekuasaan dalam pengambilan keputusan, kekuasaan untuk tidak membuat keputusan; dan kekuasaan sebagai pengendalian pikiran.

Kekuasaan sebagai Pengambilan Keputusan

Kekuasaan dalam pengambilan keputusan menekankan pada tindakan individu atau kelompok yang mempengaruhi pemutusan kebijakan. Penelitian Rober Dahl, *Who Governs?* (Siapa yang berkuasa?), melihat kepada siapa yang membuat keputusan penting atas isu-isu yang terjadi di New Haven, Connecticut, Amerika (Dahl, 1961). Ia menyimpulkan tentang siapa yang berkuasa dengan mengkaji preferensi (keinginan) kelompok - kelompok berkepentingan dan membandingkannya dengan hasil kebijakan. Ia menemukan bahwa ada perbedaan sumber daya yang memberi kekuasaan kepada warga masyarakat dan kelompok berkepentingan dan sumber daya ini tidak didistribusikan dengan merata: meski sejumlah individu memiliki kekayaan sumber daya politik, mereka menjadi miskin dalam aspek lainnya. Ada penemuan bahwa individu dan kelompok yang berbeda mampu untuk memberikan pengaruh pada isu kebijakan yang berbeda. Atas penemuan-penemuan tersebut, Dahl menyimpulkan bahwa kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda, termasuk kelompok yang lemah, dapat “menekan” ke dalam sistem politik dan menguasai para pembuat keputusan sesuai dengan preferensi (keinginan) mereka. Meski hanya sedikit orang yang berkuasa langsung atas keputusan-keputusan kunci, yang diartikan sebagai keberhasilan atau memveto usulan kebijakan, kebanyakan orang memiliki kekuasaan tidak langsung melalui kekuatan suara (vote).

Apa yang dimaksud dengan sumber daya politik? Menurut daftar panjang tentang aset-aset kemampuan, Dahl mengambil status sosial, akses terhadap uang, pinjaman dan kekayaan, fasilitas-fasilitas resmi seperti memiliki kantor, pekerjaan, dan pengendalian informasi yang penting dalam arena politik ini. Banyaknya sumber daya yang dimiliki para pelaku kebijakan kesehatan berbeda-beda – dan akan berfungsi dalam dalam isi dan konteks kebijakan tertentu.

Kekuasaan sebagai bahan pengambilan keputusan

Pemberi kritik atas pengkajian Dahl mengatakan bahwa pengkajiannya tersebut hanya berfokus pada isu-isu kebijakan yang dapat diamati dan tidak memperhatikan dimensi kekuasaan lain yang penting karena pengkajiannya tersebut melupakan adanya kemungkinan bahwa kelompok-kelompok dominan mengeluarkan pengaruh mereka dengan membatasi agenda kebijakan kepada pemikiran-pemikiran yang dapat diterima. Bachrach dan Barats (1962) berpendapat bahwa ‘kekuasaan juga dilakukan ketika A mengeluarkan tenaganya untuk menciptakan atau memberlakukan nilai-nilai sosial dan politik serta kegiatan-kegiatan kelembagaan yang dapat membatasi lingkup proses politik hanya pada pemikiran umum dari isu-isu tersebut yang tidak membahayakan A’. Akibatnya, kekuasaan sebagai latar belakang agenda menyoroti cara para kelompok berkuasa mengendalikan agenda tetap menjadi isu yang mengancam di bawah layar radar kebijakan. Diutarakan dengan cara berbeda, kekuasaan sebagai bukan pembuat keputusan mencakup kegiatan yang membatasi lingkup pembuatan keputusan untuk menyelamatkan isu dengan merubah nilai-nilai masyarakat yang dominan, mitos dan lembaga serta prosedur politik’ (Bachrach dan Barats 1963). Dalam dimensi kekuasaan ini, beberapa isu tetap tersembunyi dan gagal memasuki arena politik.

Kegiatan 2.1

Pikirkan bagaimana seseorang (A) berkuasa atas orang lain (B), yakni: bagaimana seseorang membuat orang lain untuk melakukan sesuatu yang tidak dilakukannya sendiri.

Feedback

Pembaca bisa mengidentifikasi ketiga cara berikut:

- Intimidasi dan pemaksaan (tongkat)
- Pertukaran yang produktif dengan saling memberi hasil (wortel)
- Menciptakan kewajiban, kesetiaan dan komitmen (pelukan)

Sejumlah ahli berpendapat bahwa akan bermanfaat untuk membedakan antara kekuasaan yang keras dan lembut. Kekuasaan yang keras mengacu kepada wortel dan tongkat, dan kekuasaan lembut mengacu kepada pelukan. Kekuasaan yang lembut membuat orang menginginkan apa yang pembaca inginkan' (Nye 2002). Kekuasaan yang lembut memilih orang lain dengan membentuk keinginan mereka dan dihubungkan dengan sumber daya seperti budaya, nilai gagasan dan lembaga yang menarik.

Kegiatan 2.2

Apa yang membedakan kewenangan dari paksaan dan bujukan? Mengapa perbedaan ini penting dalam hubungannya menyuruh orang lain untuk mendukung suatu kebijakan yang tidak mungkin ia lakukan tanpa disuruh?

Max Weber (1948) mengidentifikasi tiga sumber kewenangan. Pertama, kewenangan tradisional muncul pada saat seseorang patuh atas dasar kebiasaan dan cara baku melakukan sesuatu (sebagai contoh: seorang raja/sultan memiliki kewenangan tradisi). Orang-orang memenuhi kewenangan tersebut sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari atas dasar sosialisasi. Sebagai contoh: wanita hamil yang miskin di daerah pedesaan Guatemala tidak akan bertanya kepada bidan apakah layanan dan nasehat yang ia terima ini merupakan *evidence-based* atau bukan, ia akan pasrah kepada kewenangan bidan karena adanya kepercayaan yang diberikan masyarakat kepada bidan atas pengalaman dan kepercayaan yang terbaik.

Kedua, kewenangan kharismatik didasarkan pada komitmen tinggi kepada seorang pemimpin serta ideologi mereka atau ketertarikan pribadi lainnya. Kewenangan yang dilaksanakan atas dasar kharisma, seperti pemimpin agama, negarawan (misal: Nelson Mandela) serta tabib kesehatan dilakukan karena dinilai memiliki kewenangan.

Feedback

Kewenangan diartikan sebagai hak untuk memerintah atau mengatur. Kewenangan terjadi ketika bawahan menerima perintah pemimpin mereka tanpa bertanya. Ketika kewenangan dilaksanakan, penilaian pribadi diserahkan kepada suatu kewenangan atas dasar kepercayaan dan/atau penerimaan.

Kategori Weber yang ketiga adalah kewenangan legal-rasional. Kewenangan ini didasarkan pada peraturan dan prosedur. Dalam hal ini kewenangan dimasukkan kedalam lembaga yang tidak sesuai dengan sifat pejabat lembaga tersebut. Akibatnya, pejabat dalam lembaga tersebut, berlawanan dengan keterampilan atau keahliannya sendiri, memiliki kewenangan tersebut. Sejumlah negara yang memiliki sejarah perundangan sebagai koloni Inggris menempatkan Sekretaris Menteri sebagai birokrat paling senior dalam Departemen Kesehatan. Jarang seorang dokter menjadi Sekretaris, biasanya seorang administrator profesional. Banyak dokter melaksanakan ketentuan-ketentuan dari Sekretaris Kesehatan atas dasar kewenangan legal-rasional yang dimiliki oleh Sekretaris Menteri bukan karena kewenangan tradisional atau kharismatik. Dengan mempertimbangkan peran yang dimainkan oleh ilmu pengetahuan dan keahlian dalam proses

kebijakan kesehatan, akan bermanfaat untuk memasukkan kewenangan teknis kedalam penggolongan yang dilakukan oleh Weber (tradisi, kharismatik, legal-rasional). Pasien menghormati nasehat yang diberikan oleh dokter mereka (sebagian besar) atas dasar pengetahuan teknis yang mereka pikir dimiliki oleh dokter.

Hal tersebut menimbulkan pertanyaan apa yang membuat orang menyerahkan penilaian pribadi mereka kepada pihak yang berwenang dan disanalah konsep legitimasi (keabsahan) menjadi bermanfaat. Orang yang memiliki kewenangan dianggap absah bila penilaian pribadi tersebut didasarkan pada kepercayaan dan penerimaan. Hal ini berbeda dari paksaan untuk membuat penilaian yang didasarkan pada ancaman (misal: oleh pihak kepolisian). Kewenangan yang absah menduduki tempat diantara spektrum paksaan (tongkat) dan bujukan (wortel).

Kembali ke pertanyaan A yang membuat B melakukan sesuatu untuk mendukung kebijakan yang mungkin tidak akan B laksanakan: pendekatan-pendekatan yang berdasar pada paksaan dan bujukan yang terlalu banyak dapat menghasilkan kebijakan yang tidak dapat langsung diterima, dan akan mengalami kesulitan serta biaya yang tinggi untuk menjamin pelaksanaannya.

Contoh dari kekuasaan sebagai tidak membuat keputusan dapat ditemui di sektor kesehatan. Pada tahun 1999, komite ahli yang independen melakukan kajian terhadap dokumen industri tembakau untuk mengetahui pengaruh industri tersebut pada WHO. Laporan kajian tersebut menyebutkan bahwa industri tembakau menggunakan berbagai cara, termasuk acara-acara untuk mengalihkan perhatian dari masalah kesehatan masyarakat karena tembakau dan dengan diam-diam membayar ahli-ahli 'independen' dan jurnalis untuk tetap membuat Organisasi Kesehatan Dunia tersebut berfokus pada penyakit menular.

Kekuasaan sebagai Pengendali Pikiran

Steven Lukes (1974) menggambarkan kekuasaan sebagai pengendali gagasan. Dengan kata lain, kekuasaan berfungsi sebagai kemampuan untuk mempengaruhi orang lain dengan membentuk keinginan mereka. Dalam dimensi ini, "A melakukan kekuasaan kepada B pada saat A mempengaruhi B dengan cara yang tidak sesuai dengan keinginan B". Sebagai contoh, orang-orang miskin memberikan suara kepada Presiden Bush pada tahun 2004 meskipun kebijakan dalam negerinya tidak sesuai dengan keinginan mereka.

Lukes berpendapat bahwa A memperoleh kepatuhan B melalui cara yang terselubung. Cara terselubung ini meliputi kemampuan untuk membentuk arti dan cara pandang terhadap kenyataan yang mungkin dilakukan melalui pengendalian informasi, media massa dan atau melalui pengendalian proses sosialisasi. Perusahaan makanan cepat saji McDonald, mengeluarkan milyaran dolar untuk promosi tiap tahunnya. Simbol panah emas McDonald dilaporkan lebih banyak dikenal daripada simbol salib Kristen. Di China, anak-anak telah terindoktrinasi untuk menerima maskot perusahaan, Ronald McDonald, yang baik hati, lucu, lembut dan memahami perasaan anak-anak, yang dengan halus telah mengkondisikan pasar konsumen muda yang berkembang ini untuk berpikir positif tentang McDonald beserta produknya. McDonalds menyasar para pembuat keputusan berikut konsumennya. Sebelum debat di parlemen tentang obesitas di Inggris, perusahaan McDonalds memberi sponsor 20 anggota parlemen untuk menonton pertandingan sepakbola Eropa di Portugal tahun 2004.

Kegiatan 2.3

Mengapa McDonalds mengirim para parlemen untuk menonton sepakbola?

Feedback

Tanpa akses kepada dokumen perusahaan, seseorang hanya dapat berspekulasi tentang tujuan sumbangan seperti itu. Satu penjelasan yang masuk akal adalah bahwa McDonalds berharap untuk menanamkan para legislator keterkaitan antara McDonalds dan langkah perusahaan untuk mendukung peningkatan kegiatan fisik sebagai cara untuk menurunkan obesitas; suatu keterkaitan yang dapat menggantikan keterkaitan lain yang mungkin dimiliki oleh para penyusun kebijakan diantara, misalnya, produk perusahaan dan hubungan lain yang mungkin timbul diantara konsumsi dan obesitas mereka.

Lukes berpendapat bahwa dimensi kekuasaan inilah yang paling “kuat” dan bentuk yang “paling tersembunyi” dimana dimensi tersebut mencegah penolakan orang-orang dengan ‘membentuk cara pandang, cara pikir dan keinginan mereka’ sedemikian rupa sehingga mereka menerima peran mereka dalam tatanan yang sudah ada, karena mereka memahaminya atau melihat tidak ada pilihan lain, atau karena melihatnya sebagai hal yang alami dan tidak bisa dirubah, atau karena mereka menilainya sebagai suatu takdir yang bermanfaat’.

Pasar pengobatan dan minuman kesehatan yang tidak diatur oleh hukum merupakan hasil dari bentuk kekuasaan semacam ini. Pengobatan semacam itu sangat terkenal dan digunakan di banyak negara. Di Australia, lebih dari separuh penduduknya menganggap vitamin, mineral, minuman dan ramuan herbal bermanfaat untuk mengobati depresi. Survei yang dilakukan di Amerika menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden yang mengalami depresi hebat telah menggunakan terapi-terapi pelengkap selama 12 bulan sebelumnya (Kessler et al. 2001). Namun, pengkajian sistematis terhadap bukti keberhasilan dari sejumlah terapi pelengkap yang terkenal guna menangani depresi menunjukkan bahwa tidak ada bukti satu pun yang menunjukkan bahwa terapi-terapi tersebut efektif (Jorm et al, 2002). Sementara itu, efek samping dari terapi-terapi semacam ini meningkat dua kali selama tiga tahun terakhir ini (WHO, 2004). Kepentingan konsumen, atau paling tidak konsumen tidak mampu, akan dapat terpenuhi dengan baik jika mereka mengalokasikan dana kesehatan yang terbatas itu kepada hal-hal atau barang-barang yang sudah terbukti efektif. Namun, pihak pemasaran nampaknya telah mengubah keinginan para konsumen agar dapat menggambarkan keinginan pihak industri sendiri.

Kegiatan 2.4

Berikut adalah penelitian lama tentang polusi udara di Amerika. Pada saat pembaca membacanya, pikirkan pula:

1. Dimensi kekuasaan apa yang digambarkan?
2. Apakah penelitian tersebut menunjukkan peran dari kekuatan sebagai pengendali pikiran?

Polusi udara yang tidak terpolitik

Pada tahun 1960an, Matthew Crenson berusaha untuk menjelaskan mengapa polusi udara tidak menjadi isu di banyak kota di Amerika. Secara khusus, ia mengidentifikasi hubungan antara polusi udara yang diabaikan dan karakter dari pemimpin politik dan lembaga.

Pendekatan yang digunakan Crenson menjelaskan mengapa ada hal-hal yang tidak terjadi, sangat berbeda dengan pendekatan Dahl yang lebih melihat pada apa yang mereka lakukan (1961). Crenson mengadopsi strategi ini untuk menguji apakah penelitian terhadap ketidakaktifan politik (tidak membuat keputusan) akan memberikan gagasan baru pada cara berpikir tentang kekuasaan. Crenson juga bertanya-tanya apakah pendekatan baru ini akan mendukung pendapat yang

diutarakan Dahl bahwa proses penyusunan kebijakan terbuka bagi banyak kelompok dalam masyarakat.

Crenson memulai pengkajiannya dengan menunjukkan bahwa tindakan atau tidak bertindak atas permasalahan polusi di kota-kota Amerika tidak dapat dikaitkan dengan perbedaan pada tingkat polusi atau perbedaan dalam sifat-sifat sosial dari populasi di kota yang berbeda. Penelitian ini melibatkan dua kota yang berdekatan di Indiana yang sama-sama terpolusi dan memiliki profil demografi yang serupa. Salah satu dari kota ini, Chicago Timur, telah bertindak menangani polusi udara pada tahun 1949, sedangkan kota yang lain, Gary, tidak melakukan apa pun sampai dengan tahun 1962. Crenson berpendapat bahwa perbedaan ini terjadi karena Gary merupakan satu kota pemerintahan yang didominasi oleh US Steel, yang memiliki organisasi partai politik yang kuat, sedangkan Chicago ditempati oleh sejumlah perusahaan baja dan tidak memiliki organisasi partai politik yang kuat pada saat membicarakan undang-undang polusi udara. Yang terjadi di kota Gary, antisipasi reaksi negatif dari perusahaan dianggap telah mencegah para aktifis dan pejabat kota untuk membawa masalah polusi udara dalam agenda. Crenson juga mewawancarai pemimpin politik dari 51 kota di Amerika. Hal ini menunjukkan bahwa 'isu polusi udara cenderung tidak berkembang di kota-kota dimana industri memiliki reputasi sebagai pemegang kekuasaan.'

Penemuan Crenson yang utama adalah, pertama, kekuasaan dapat terdiri dari kemampuan untuk mencegah sesuatu menjadi suatu isu. Kedua, bahwa kekuasaan tidak perlu digunakan agar dapat terlaksana; hanya reputasi memiliki kekuasaan dapat membatasi lingkup pengambilan keputusan. Ketiga, mereka yang dipengaruhi oleh kekuasaan politik, 'sang korban' tetap tidak kelihatan, karena kekuasaan atau reputasi berkuasa dapat menghalangi mereka yang kurang berkuasa untuk memasuki arena penyusunan kebijakan. Crenson menyimpulkan bahwa '*non-issues*' bukan merupakan kekeliruan politik yang acak tetapi merupakan contoh dari pengabaian politik yang dipaksakan.

Feedback

1. Penelitian Crenson menggambarkan dan memberikan suatu dasar empiris bagi kekuasaan yang bersifat tidak membuat keputusan
2. Karena orang-orang akan lebih memilih untuk tidak teracuni oleh polusi udara, kasus ini menggambarkan bahwa orang-orang tidak akan langsung bertindak atas dasar keinginan dan kepentingan mereka. Hal ini mungkin terjadi karena adanya semacam manipulasi atau indoktrinasi, penyusunan kebijakan melalui pengendalian pikiran.

Kegiatan 2.5

Dari apa yang pembaca pelajari sejauh ini, berilah tiga jawaban sederhana tentang bagaimana hubungan antara A dan B menunjukkan bahwa A sedang melakukan kekuasaannya atas B.

Feedback

A dapat membuat B melakukan apa yang mungkin tidak dilakukan oleh B. A dapat menyimpan kepentingan B tidak masuk dalam agenda kebijakan. A dapat memanipulasi B dengan cara membuat B tidak dapat memahami kepentingannya yang sebenarnya.

Sejauh ini, pembaca telah belajar bahwa kekuasaan adalah kemampuan untuk meraih hasil yang diinginkan terlepas dari cara yang digunakan. Kekuasaan mengacu pada kemampuan untuk membuat seseorang melakukan apa yang tidak akan dilakukan. Dahl, yang meneliti perihal

pembuatan keputusan, menyimpulkan bahwa kekuasaan didistribusikan secara luas kepada masyarakat tetapi dikritik karena tidak dapat menentukan siapa yang menang dan kalah – khususnya mereka yang kalah yang tidak memasuki arena kebijakan. Lukes mengambil posisi dimana kekuasaan dapat dilakukan dengan cara yang lebih tersembunyi dengan membuat isu tidak keluar dalam agenda atau melalui manipulasi psikologis. Yang umum dari sudut pandang ini adalah pengertian bahwa proses kebijakan mencakup tindakan kekuasaan dengan para pelaku yang bersaing untuk mengendalikan sumber daya yang langka. Cara untuk menyelesaikan perjuangan ini sangat tergantung pada siapa yang berkuasa di masyarakat, suatu topik yang akan pembaca pertimbangkan.

Siapa yang mempunyai kekuasaan?

Jika kekuasaan mengacu pada kemampuan untuk mempengaruhi orang lain, maka akan timbul pertanyaan ‘siapa yang mempunyai kekuasaan untuk menetapkan dan menolak kebijakan?’ Tiga “dimensi” kekuasaan memberikan cara pandang yang berbeda tentang siapa yang memegang kekuasaan dan seberapa luas pembagiannya dalam proses kebijakan. Tidak ada jawaban yang tepat untuk pertanyaan ini karena penyebaran pengaruh akan bergantung pada isi dan konteks dari kebijakan tertentu. Sebagai contoh: di sebuah negara dimana tembakau memberikan proporsi terbesar pendapatan domestik bruto dan merupakan sumber pendapatan negara yang bernilai. Pertanyaannya adalah apakah industri tembakau atau Departemen Kesehatan serta kelompok kesehatan masyarakat dan kelompok konsumen yang akan memiliki lebih banyak pengaruh terhadap kelompok kebijakan pengawasan tembakau? Namun, di negara yang sama, kelompok industri tidak terlalu berpengaruh pada kebijakan screening kanker dibanding dengan, misalnya, Departemen Kesehatan, profesi medis, dan kelompok pasien.

Meskipun ada perbedaan dalam isi dan konteks kebijakan dalam pembagian kekuasaan dalam proses kebijakan tersebut, berbagai usaha telah dilakukan untuk menyusun ke teori umum. Teori-teori ini mengacu sifat masyarakat dan negara. Sejumlah teori meletakkan kekuasaan pada masyarakat dibanding pada negara, namun semuanya dikaitkan dengan peran dan kepentingan negara yang dimungkinkan masuk ke dalam proses kebijakan. Penekanan pada negara karena peran dominan yang biasa dimainkannya dalam proses kebijakan. Teori-teori tersebut memiliki dua perbedaan penting. Pertama, pada penilaian apakah negara tersebut independen dari masyarakat atau gambaran dari pendistribusian kekuasaan dalam masyarakat (berorientasi pada negara, kemudian pada masyarakat). Kedua, cara pandang dari negara yang melayani prasarana dan kepentingan dari suatu kelompok elit. Pembaca sekarang akan belajar tentang dimana perbedaan teori-teori tersebut dan mempertimbangkan implikasi dari perbedaan tersebut pada kebijakan kesehatan.

Pluralisme

Pluralisme merupakan kelompok dominan dari pemikiran teoritis dalam pembagian kekuasaan dalam demokrasi liberal. Dalam bentuk klasik, pluralisme berpendapat bahwa kekuasaan tersebar diseluruh masyarakat. Tidak ada satu kelompok yang memegang kekuasaan mutlak dan negara memutuskan diantara kepentingan-kepentingan yang bersaing dalam perkembangan kebijakan.

Sifat kunci dari pluralisme adalah:

- Membuka persaingan pemilihan diantara sejumlah partai politik
- Kemampuan para individu untuk menata diri mereka sendiri kedalam kelompok penekan dan partai politik
- Kemampuan kelompok penekan untuk mengeluarkan pendapat mereka secara bebas

- Keterbukaan negara untuk melobi seluruh kelompok penekan
- Negara sebagai wasit yang netral dalam mengadili tuntutan-tuntutan yang saling bersaing
- Meskipun masyarakat memiliki kelompok elit, tidak ada satu kelompok yang mendominasi sepanjang waktu

Untuk kalangan pluralis, kebijakan kesehatan muncul sebagai hasil dari konflik dan tawar-menawar diantara sejumlah besar kelompok-kelompok yang terbentuk untuk melindungi kepentingan khusus dari anggotanya. Negara memilih dari setiap gagasan dan usulan yang diajukan oleh kelompok berkepentingan sesuai dengan apa yang terbaik untuk masyarakat.

Pluralisme telah menjadi pokok skeptisme karena menggambarkan negara sebagai wasit netral dalam pembagian kekuasaan. Tantangan utama yang pertama kali muncul datang dari teori tentang pilihan masyarakat dan kedua dari teori elit.

Pilihan rakyat

Para ahli teori pilihan rakyat sepakat dengan para pluralis bahwa masyarakat terbentuk dari kelompok-kelompok yang bersaing untuk meraih tujuan masing-masing. Tetapi mereka memperlakukan kenetralan negara. Para ahli teori pilihan rakyat menyatakan bahwa negara sendiri merupakan suatu kelompok berkepentingan yang berkuasa atas proses kebijakan untuk meraih kepentingan pelaksana negara: para pejabat terpilih dan pegawai pemerintahan. Untuk tetap berkuasa, para pejabat terpilih berusaha untuk memfasilitasi kelompok-kelompok dengan anggaran, barang, jasa dan peraturan yang mendukung dengan harapan bahwa kelompok-kelompok ini akan tetap menjadikannya berkuasa. Sama halnya, pejabat pemerintah menggunakan lembaga dan kedekatan mereka untuk para pembuat keputusan politik untuk memperoleh "sewa" dengan menyediakan akses khusus kepada sumber daya umum dan peraturan-peraturan yang sesuai dengan keinginan kelompok tertentu. Akibatnya, pejabat pemerintah mempunyai harapan untuk memperluas kerajaan birokrasi mereka yang akan mengarah ke besarnya gaji dan kesempatan untuk naik jabatan, kekuasaan, perlindungan, dan gengsi. Oleh karena itu, negara dikatakan memiliki dinamika internal yang dapat mengarah ke perkembangan kekuasaan pemerintah.

Para ahli teori pilihan rakyat berpendapat bahwa sikap mementingkan kepentingan sendiri dari para pejabat negara akan menimbulkan suatu kebijakan yang dipahami oleh kelompok kepentingan tertentu. Akibatnya, kebijakan akan terpecah secara ekonomi dan tidak sesuai dengan kepentingan umum. Penganut kelompok ini berpendapat bahwa kebijakan kesehatan yang menarik kembali pemerintah akan ditolak oleh para birokrat, bukan karena keuntungan atau kerugian teknis yang diakibatkan oleh kebijakan, tetapi karena birokrat lebih memilih kebijakan yang akan memperkokoh jabatannya dan memperluas pengaruhnya. Sebagai contoh, di Bangladesh, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga menolak usulan untuk mengkontrakkan fasilitas sektor umum kepada organisasi non pemerintah untuk penatalaksanaan dan pemberian layanan, juga menolak proposal untuk membangun suatu organisasi otonomi untuk mengatur proses kontrak. Pendukung pilihan rakyat akan menjelaskan penolakan ini atas dasar kekhawatiran akan kelebihan tenaga, mengurangi kesempatan untuk penyewaan dan perlindungan serta pemikiran akan berkurangnya tanggung jawab sesuai undang-undang.

Para kritikus menyatakan bahwa pilihan rakyat terlalu menekankan pada kekuasaan birokrasi dalam proses kebijakan dan didorong oleh ideologi sebagai oposisi untuk meningkatkan pengeluaran publik dan pemerintahan yang besar.

Elitisme

Ahli teori elitisme menyatakan bahwa kebijakan didominasi oleh minoritas istimewa. Mereka berpendapat kebijakan umum menggambarkan nilai dan kepentingan dari para elit atau aristokrat, bukan “rakyat” seperti yang dianggap oleh pluralis. Para elit modern mempertanyakan sampai dimana sistem politik modern mencapai cita-cita demokrasi yang dinyatakan oleh kaum pluralis liberal. Sebagai contoh: demokrasi di Amerika, akademisi menunjukkan bagaimana kaum elit membentuk keputusan-keputusan kunci. President G.W. Bush dan ayahandanya, mantan Presiden, memiliki kepentingan keuangan besar di sektor pertahanan dan energi, sedangkan wakil presiden Dick Cheney merupakan mantan kepala eksekutif perusahaan minyak besar. Sebaliknya, kelompok-kelompok yang mewakili kepentingan perusahaan kecil, buruh dan kepentingan konsumen hanya mampu memberi pengaruh sedikit dalam proses kebijakan.

Dalam hal kebijakan kesehatan, apakah teori elitisme terlalu menekankan pada kemampuan para elit untuk memegang kekuasaan? Tentu saja, kebanyakan kebijakan kesehatan dianggap tidak begitu penting secara marginal, dan akibatnya, teori elitisme tidak akan berguna untuk menunjukkan kekuasaan dalam kebijakan kesehatan. Isu-isu marginal seperti itu sering disebut sebagai “politik rendah”. Namun, pembaca akan melihat banyak contoh dalam buku ini yang menunjukkan bahwa kaum elit memiliki pengaruh kuat dalam penyusunan kebijakan yang relatif dianggap rendah.

Ahli lain yang mengkaji elitisme membuat perbedaan antara “elit politik” yang terbentuk dari mereka yang betul-betul menggunakan kekuasaannya setiap saat dan mereka yang termasuk:

Pejabat pemerintah dan pejabat tinggi administrasi, pemimpin militer, dan, untuk beberapa kasus, keluarga yang berpengaruh secara politis serta pemimpin perusahaan besar dan golongan politik lain antara lain elit politik dan pemimpin partai oposisi, pemimpin serikat buruh, orang-orang bisnis dan anggota kelompok elit sosial yang lain (Bottomore 1966).

Dapat disimpulkan bahwa untuk para ahli teori elitisme, kekuasaan dapat didasarkan pada beragam sumberdaya: kekayaan, hubungan keluarga, keahlian teknis, atau lembaga. Namun, yang tak kalah penting adalah untuk satu anggota kalangan elit, kekuasaan tidak mungkin tergantung pada satu sumber saja.

Menurut para ahli teori elitisme:

- Masyarakat terdiri dari kalangan kecil yang memiliki kekuasaan, dan sebagian besar lagi tanpa memiliki kekuasaan apapun. Hanya kalangan kecil tersebut yang memiliki kekuasaan untuk menyusun kebijakan publik.
- Mereka yang memerintah tidak seperti mereka yang tidak memerintah. Secara khusus, para elit berasal dari tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi
- Kalangan non-elit dapat dimasukkan kedalam lingkaran pemerintahan jika mereka menerima kesepakatan dasar dari para elit.
- Kebijakan publik menggambarkan nilai dari para elit. Hal ini tidak selalu menimbulkan konflik dengan nilai yang dianut masyarakat. Seperti pendapat Lukes (1974), para elit dapat memanipulasi nilai yang dianut masyarakat agar dapat mencerminkan nilai mereka sendiri.
- Kelompok kepentingan muncul tetapi mereka tidak memiliki kekuasaan yang sama dan tidak memiliki akses yang sama terhadap proses penyusunan kebijakan.

- Nilai yang dianut para elit sifatnya konservatif dan akibatnya perubahan kebijakan akan bersifat instrumental.

Terlihat bahwa teori elitisme sesuai untuk berbagai negara di Amerika latin, Africa dan Asia, dimana para politikus, birokrat senior, pebisnis, profesional dan militer membuat ikatan kebijakan yang kuat sehingga mereka menjadi kalangan yang dominan. Di beberapa tempat, kalangan elit demikian sedikitnya sehingga mereka dapat dikenali dari nama keluarganya.

Pengertian bahwa tidak semua kelompok berkepentingan sama pengaruhnya, memiliki daya tarik intuitif yang sama. Terjadi peningkatan konsentrasi kepemilikan atas sejumlah industri, sebagai contoh: tembakau, alkohol, dan farmasi. Kelompok-kelompok berkuasa ini akan memiliki lebih banyak pengaruh terhadap kebijakan dibanding kelompok kesehatan masyarakat. Bagian berikut menyoroti hasil penelitian Landers dan Sehgal (2004) terhadap sumberdaya yang digunakan oleh kelompok-kelompok yang berlobi sampai dengan tingkat nasional di Amerika.

Lobi layanan kesehatan di Amerika

Istilah lobi sebagai kata benda berhubungan dengan area dalam parlemen dimana warga masyarakat dapat membuat tuntutan kepada legislator dan tempat dimana para penyusun kebijakan bertemu. Istilah 'lobi' juga dipakai sebagai kata kerja yang berarti membuat pertemuan langsung dengan seorang penyusun kebijakan. Lobi dan kelompok berkepentingan mempunyai kesamaan dimana keduanya berusaha untuk mempengaruhi penyusun kebijakan. Pelobi dipekerjakan oleh berbagai organisasi untuk mewakili kepentingan klien mereka dengan dasar komersil.

Pada tahun 2000, para pelobi layanan kesehatan mengeluarkan dana 237 juta dolar, lebih besar daripada industri mana pun, untuk mempengaruhi para wakil dan senator, eksekutif dan badan federal lainnya di tingkat nasional. Dari jumlah ini, perusahaan obat dan perlengkapan medis menyumbang lebih dari sepertiganya (96 juta dolar); dokter umum dan profesi kesehatan lainnya (46 juta dolar), rumah sakit dan panti kesehatan (40 juta dolar); perusahaan asuransi kesehatan dan managed-care (31 juta dolar); advokasi penyakit dan organisasi kesehatan masyarakat (12 juta dolar).

Semakin besar jumlah pendanaan, semakin besar pula kemungkinan para kelompok ini untuk mengajukan pendapat mereka kepada legislator. Para dokter yang memberi komentar pada penelitian ini menunjukkan kekhawatiran mereka bahwa 'kebijakan kesehatan berada dalam resiko terlalu dipengaruhi oleh kelompok kepentingan tertentu yang dapat menyediakan sumberdaya keuangan yang paling besar.' (Kushel dan Bindman 2004).

Selama tiga periode penelitian ini, jumlah organisasi yang memperkerjakan para pelobi meningkat 50%, hal ini menunjukkan bahwa lobi merupakan alat yang semakin populer untuk memberi pengaruh kepada sistem politik Amerika.

Kegiatan 2.6

Pada titik ini, akan bermanfaat untuk mempertimbangkan bagaimana para akademisi sampai pada kesimpulan yang berbeda dalam pembagian kekuasaan di Amerika. Dahl (1961) berpendapat bahwa sejumlah kelompok mampu mempengaruhi proses kebijakan sedangkan penulis yang lain menyatakan bahwa hanya kalangan penguasa atau elit yang mampu yang terdiri dari pemimpin bisnis, eksekutif politik dan petinggi militer.

Feedback

Jawaban terdapat pada apa yang dipelajari dan diamati oleh akademisi. Dahl berfokus pada konflik aktual antara kelompok. Para ahli teori elitisme meneliti 'reputasi akan kekuasaan'. Para elit menyatakan bahwa mereka yang memiliki reputasi kekuasaan akan lebih efektif mempertahankan isu-isu kontroversial tidak muncul dalam agenda kebijakan, yang mungkin di luar jangkauan konflik – konflik yang dipelajari Dahl.

Ada sejumlah kerangka elitisme lain yang penting yang meletakkan kekuasaan di atas kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat. Marxisme berpendapat bahwa kekuasaan diberikan kepada golongan kapitalis yang berkuasa dan sehingga golongan ini mengendalikan negara. Profesionalisme memberi perhatian pada kekuasaan kelompok profesional tertentu dan cara mereka menggunakan kekuasaan dalam proses kebijakan. Pembaca akan mempelajari lebih banyak lagi tentang kedudukan khusus dari profesi medis dalam kebijakan kesehatan pada Bab 6. Feminisme berfokus pada kekuasaan sistematis, pervasif, dan kelembagaan yang digunakan oleh para pria terhadap wanita dalam lingkaran domestik/pribadi dan umum. Dalam bentuk yang lebih ekstrim, wanita tetap berada dalam area pribadi (sebagai ibu dan istri) sedangkan urusan umum, seperti negara, dilaksanakan oleh dan untuk para pria. Dalam masyarakat patriarki, pria menentukan permasalahan berikut pemecahannya, memutuskan isu mana yang berharga untuk kebijakan dan mana yang tidak, dan sejalan dengan pendapat Lukes tentang kekuasaan sebagai pengendali pikiran (1974) telah membuat banyak wanita pasrah akan statusnya dalam skema ini. Antara tahun 1990 dan 2000, proporsi kursi yang dipegang oleh wanita dalam parlemen nasional meningkat, dari 13 menjadi 14%. Terdapat perbedaan yang mencolok antar negara, meski partisipasi wanita meningkat di negara-negara Skandinavian sebesar 40%, proporsi di Asia Barat menurun dari 5% ke 4% (UN 2002).

Kegiatan 2.7

Setelah pembaca membaca tulisan berikut mengenai aborsi berdasarkan jenis kelamin, pikirkan apakah pendapat tentang kebijakan kesehatan di India yang dipegang oleh para pria itu valid.

Pelaksanaan kebijakan sesuai gender

Di India teknologi ultrasound pra-kelahiran yang pertama kali dikenalkan untuk mengidentifikasi komplikasi bawaan, telah merubah preferensi budaya mengarah ke keturunan laki-laki menjadi sebuah proses dimana orang-orang yang mampu melakukan scan, yang jumlahnya semakin meningkat, dapat memilih janin laki-laki selama kehamilan dan memilih untuk mengaborsi janin perempuan. Hal ini telah berakibat pada peningkatan perbandingan jenis kelamin di negara tersebut. Sensus tahun 2001 menunjukkan perbandingan jenis kelamin nasional (usia 0-6 tahun) 933wanita berbanding 1000 pria (sedangkan orang lain akan berharap perbandingan yang seimbang antara jumlah wanita dan pria dalam masyarakat dengan kesetaraan gender). Sejumlah negara memiliki angka perbedaan yang lebih tinggi. Misalnya, laporan dari Punjab menunjukkan perbandingan 792 wanita berbanding 1000 pria pada kelompok usia tersebut.

Untuk menanggapi masalah tersebut, pemerintah federal mengeluarkan Undang-undang Teknik Diagnosa Pra-kelahiran tahun 1994. Sedikit yang dilakukan untuk melaksanakan undang-undang sampai dengan tahun 2001 ketika sebuah LSM melaporkan kepentingan masyarakat ke Mahkamah Agung. Mahkamah memerintahkan sejumlah negara bagian untuk melakukan tindakan (menyita mesin tanpa surat ijin di klinik) tetapi seorang tokoh demografi tetap yakin bahwa undang-undang tersebut benar-benar tidak efektif dilaksanakan. Nampaknya, tidak ada tindakan yang diambil atas klinik-klinik yang tidak memiliki ijin seperti di Delhi, tetapi masalahnya adalah bahwa

para penyedia jasa tetap menggunakan mesin tersebut meski melanggar undang-undang. Isu ini menjadi semakin mendesak dengan adanya teknologi baru untuk menentukan jenis kelamin yang dipasarkan di India oleh perusahaan Amerika melalui internet. Akibatnya, ada tuntutan untuk merubah undang-undang tersebut. Namun, ada pendapat bahwa ada batas-batas yang dapat dilakukan oleh undang-undang dan pengadilan dalam menghadapi prasangka yang telah mengakar terhadap anak-anak perempuan.

Feedback

Meski jelas bahwa diskriminasi jenis kelamin bersifat kuat di India, kehadiran undang-undang th 1994 menjadi bukti bahwa wanita berhasil masuk ke dalam proses kebijakan. Kaum *feminist* mungkin akan berpendapat bahwa undang-undang tersebut terlalu sempit, terlambat, buruk pelaksanaannya. Untuk menjelaskan kegagalan tersebut memerlukan informasi lebih banyak mengenai bagaimana masalah tersebut dibingkai dan siapa yang memasukkannya kedalam agenda kebijakan (nampaknya para wanita) dan siapa yang bertanggung jawab atas pelaksanaannya, terutama pria!

Kegiatan 2.8

Berikut ini adalah tulisan Kelley Lee dan Hillary Goodman (2002) tentang pembagian kekuasaan dalam kesehatan internasional yang berhubungan dengan kebijakan pembiayaan layanan kesehatan.

Buatlah catatan mengapa Lee dan Goodman menggambarkan pelaku kebijakan sebagai bagian dari jaringan kebijakan global dan apa yang menyebabkan keberhasilannya. Dan pikirkan pendapat pembaca bahwa kehadiran jaringan ini merupakan bukti kekurangan dari elit kebijakan di reformasi sektor kesehatan.

Reformasi pembiayaan kesehatan internasional: didominasi oleh sebuah elit?

Dalam usaha untuk menggambarkan dampak globalisasi pada proses penyusunan kebijakan kesehatan, Lee dan Goodman (2002) melakukan pengkajian empiris terhadap reformasi pembiayaan layanan kesehatan pada tahun 1980-an dan 1990-an. Meski nampak bahwa kebanyakan para pelaku non pemerintah semakin terlibat dalam pemberian pelayanan dan pendanaan layanan kesehatan, tidak terlalu jelas apakah perbedaan besar ini direfleksikan dalam debat dan penyusunan kebijakan kesehatan. Lee dan Goodman merasa skeptis dengan pendapat yang menganggap bahwa globalisasi telah meningkatkan besarnya suara dan keanekaragaman suara dalam proses kebijakan, oleh karenanya mereka mencoba menentukan siapa yang bertanggung jawab atas gagasan dan isi dari kebijakan pembiayaan layanan kesehatan.

Penelitian ini diawali dengan mengkaji perubahan-perubahan bermakna dalam isi kebijakan pembiayaan layanan kesehatan selama masa itu, ditandai dengan suatu pergeseran dari adanya keengganan menjadi ke penerimaan pendanaan swasta untuk sejumlah layanan kesehatan. Orang-orang dan lembaga-lembaga penting yang terlibat dalam pembicaraan mengenai kebijakan pembiayaan diidentifikasi melalui suatu pencarian sistematis pada literatur. Identifikasi ini menghasilkan suatu daftar orang-orang yang telah menerbitkan jurnal-jurnal penting, sering dikutip, dan/atau terlibat dalam dokumen kebijakan. Lembaga tempat bekerja, sumber daya dan kebangsaan dari pelaku-pelaku penting ini dicatat. Pelaku - pelaku ini kemudian diwawancarai untuk memperoleh pandangan mereka mengenai dokumen yang paling berpengaruh, orang-orang, lembaga, dan pertemuan-pertemuan dalam area kebijakan dan riwayat hidup mereka diminta. Akhirnya, peneliti-peneliti tersebut mempelajari catatan kehadiran dan presentasi pada pertemuan-pertemuan dilaporkan oleh informan sebagai sesuatu yang baru dalam evolusi kebijakan.

Peta jaringan dikembangkan untuk menghubungkan lembaga dan individu. Para peneliti tersebut menemukan bahwa suatu kelompok kecil (sekitar 25) dan terkait erat yang terdiri dari penyusun kebijakan, penasehat teknis dan akademis mendominasi proses dan isi reformasi pembiayaan kesehatan. Kelompok ini, yang terhubung dengan suatu jaringan yang kompleks, didasarkan pada sejumlah lembaga kecil yang dipimpin oleh World bank dan USAID. Anggota jaringan diamati mengikuti suatu perkembangan karir yang serupa. Anggota kelompok ini diberi kesempatan bergantian menduduki lembaga-lembaga kunci, sehingga mereka dapat memainkan berbagai peran bergantian seperti peneliti, penasehat, pemberi dana penelitian dan proyek percontohan, dan pengambil keputusan.

Lee dan Goodman menyimpulkan bahwa elit global telah mendominasi diskusi kebijakan dengan mengendalikan sumber daya yang ada, tetapi yang lebih penting adalah pengendalian mereka atas segala debat melalui pengetahuan keahlian, dukungan penelitian, dan kedudukan yang penting dalam jaringan tersebut. Yang menjadi pemikiran peneliti bukan terletak pada suatu kelompok kecil pimpinan membentuk debat tentang kebijakan, tetapi lebih karena kepemimpinan yang ada tidak mewakili kepentingan yang sedang dipertaruhkan: 'jaringan kebijakan global hanya didasarkan pada sejumlah kecil lembaga, dipimpin oleh World bank dan USAID (tetapi dianggotai pula oleh Abt Associates, suatu perusahaan konsultasi swasta dan Universitas Harvard), dalam latar belakang negara dan disiplin ilmu dari individu-individu kunci yang terlibat'. Lee dan Goodman juga menyangkan bahwa kebijakan tidak dihasilkan dari 'titik temu rasional antara kebutuhan kesehatan dan pemecahannya'. Sebaliknya, para elit tersebut digambarkan telah menggunakan pengaruhnya pada agenda-agenda nasional melalui pendekatan paksaan (syarat-syarat pemberian bantuan dalam kelangkaan sumberdaya) dan pendekatan kerjasama (penelitian bersama, pelatihan, dan pilihan-pilihan yang diberikan oleh elit kebijakan).

Para peneliti tersebut berpendapat bahwa fakta ini berlawanan dengan pendapat pluralis yang mengatakan bahwa globalisasi membuka luas penentuan keputusan ke sebagian besar individu dan kelompok.

Feedback

Kelompok yang mengatur agenda pembiayaan layanan kesehatan dapat digambarkan sebagai elit karena jumlahnya kecil dan anggotanya memiliki latar belakang pendidikan, disiplin ilmu dan kebangsaan yang sama. Selama lebih dari 20 tahun, elit kebijakan ini berhasil menentukan suatu agenda pembiayaan layanan kesehatan dan menyusun kebijakan yang dilaksanakan di banyak negara. Elit ini mampu melakukannya sebagian karena kedudukannya sebagai pendamping pengembangan, tetapi yang lebih penting lagi adalah kekuasaannya atas keahlian teknis, ilmu pengetahuan dan posisi serta tugas yang penting dalam jaringan tersebut. Kehadiran jaringan ini bukan merupakan bukti bahwa elit mendominasi seluruh kebijakan reformasi kesehatan. Jika diketahui bahwa isu kebijakan lain dalam konteks kebijakan internasional yang luas dipengaruhi oleh orang-orang dan lembaga yang berasal dari negara lain, dan disusun oleh para pembuat keputusan dengan mandat dan latar belakang yang berbeda, pembaca dapat menyimpulkan bahwa terjadi bentuk pluralis.

Sejumlah teori tentang pembagian kekuasaan di masyarakat dan sifat-sifat keadaan dalam penyusunan kebijakan telah disajikan. Perbedaan yang ada tidak sepele karena perbedaan-perbedaan tersebut mengandung implikasi siapa yang berkuasa dan apa yang menyebabkan perubahan dalam kebijakan. Sejumlah perbedaan disebabkan oleh perbedaan pendekatan metode. Dengan mempertimbangkan segala kritik, hambatan-hambatan metodologis dan bukti empiris yang baru, para ahli teori telah memodifikasi dan memperbaharui pendekatan mereka. Kebanyakan pluralis saat ini mengakui bahwa penyusunan kebijakan tidak bisa seimbang. Mereka mencatat

adanya posisi-posisi istimewa dalam perusahaan-perusahaan dan peran yang dimainkan media dalam kebanyakan sistem politik.

Meskipun ada tumpang tindih antara teori dan kesepakatan atas beberapa hal, tetap ada bukti empiris yang masuk akal untuk setiap pendapat teoritis. Jadi, akan lebih baik untuk kembali ke permulaan. Dalam beberapa hal, pembagian kekuasaan akan bergantung pada konteks dan isi kebijakan. Isu-isu tentang kepentingan nasional nampaknya dibuat oleh kekuasaan elit, sedangkan isu-isu rutin nampaknya sangat diperdebatkan dan dipengaruhi oleh sejumlah kelompok kepentingan. Apa yang paling bermanfaat dari contoh-contoh tersebut adalah bahwa mereka menunjukkan cara yang berbeda untuk memahami suatu isu kebijakan.

Kekuasaan dan Sistem Politik

Model sistem penyusunan kebijakan yang ditunjukkan oleh David Easton (1965) merupakan suatu pendekatan untuk menyederhanakan pengambilan keputusan politik dan memahami komponen pokok yang universal. Suatu sistem merupakan kesatuan yang kompleks yang terdiri dari sejumlah bagian yang saling berhubungan dan terkait. Bagian-bagian sistem dapat mengalami perubahan pada saat saling berinteraksi dalam lingkungan yang lebih luas. Meski perubahan dan proses interaksi ini menghasilkan perubahan konstan dalam sistem, perubahan dan proses interaksi tersebut harus tetap berada dalam keseimbangan jika mengharapkan sistem tersebut tetap bertahan.

Sistem politik berkaitan dengan keputusan-keputusan mengenai barang apa, jasa apa, kebebasan, hak dan keistimewaan apa yang hendak diberikan (atau tidak) dan kepada siapa akan diberikan (atau tidak). Lingkungan mempengaruhi sistem politik karena lingkungan menyediakan kesempatan, sumber-daya, tantangan dan hambatan terhadap keputusan politik. Sebagai contoh: terjadi kekurangan tenaga perawat. Kekurangan ini dapat menyebabkan suatu tindakan (keputusan kebijakan) dari sistem politik untuk mengatasi kekurangan tersebut. Diantara pilihan-pilihan kebijakan, sistem politik mungkin akan meningkatkan jumlah mahasiswa perguruan tinggi, memberikan insentif finansial seperti pinjaman untuk mendorong mahasiswa mengikuti pendidikan perawat, merekrut perawat dari negara lain, meningkatkan keterampilan dari staf paramedis untuk melaksanakan sejumlah fungsi perawat, atau malah tidak melakukan apa pun.

Kegiatan 2.9

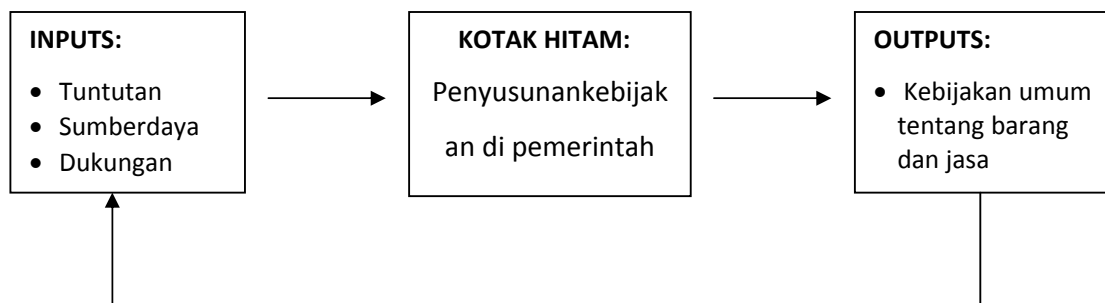
Buatlah identifikasi mengenai hambatan dan tantangan dari terhadap setiap kebijakan yang digambarkan diatas untuk menghadapi kekurangan tenaga perawat. Sebagai contoh: peningkatan mahasiswa perawat di pendidikan tinggi akan memerlukan tambahan dana, tidak akan langsung menarik tambahan mahasiswa, dan akan memerlukan waktu bertahun-tahun untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Feedback

1. Menyediakan insentif keuangan untuk mahasiswa keperawatan akan memerlukan tambahan dana, akan dipandang tidak adil oleh mahasiswa dari fakultas lain akan sulit dikelola, dan mungkin tidak menambah jumlah mahasiswa
2. Merekrut perawat asing akan memerlukan dana tambahan, memerlukan perubahan dalam peraturan pengangkatan perawat asing yang sudah ada, dan mungkin akan ditentang oleh asosiasi perawat dalam negeri, kelompok yang takut orang asing atau pasien

- meningkatkan keterampilan kader kesehatan dan tenaga lain untuk melaksanakan fungsi perawat akan mengakibatkan permintaan penggajian sebagai perawat, memerlukan dana tambahan, dan dapat ditentang oleh asosiasi perawat.

Proses kunci yang disoroti oleh model-model sistem tersebut merupakan 'input' dan 'output' serta keterkaitan keduanya (Gambar 2.1). Input dalam bentuk tuntutan dan dukungan dari populasi (energi yang menggerakkan sistem). Tuntutan terhadap sistem dibuat oleh individu dan kelompok. Dalam sektor kesehatan, tuntutan ini dapat termasuk pengeluaran yang tinggi untuk layanan kesehatan, layanan yang gratis atau lebih terjangkau, layanan yang lebih nyaman, hak untuk melakukan aborsi (atau hak untuk hidup), dan sebagainya. Keinginan-keinginan ini dirubah menjadi tuntutan ketika dikomunikasikan oleh masyarakat kepada para pengambil keputusan, secara langsung maupun tidak langsung melalui kelompok-kelompok kepentingan, pelobi dan partai politik. Dukungan merupakan tindakan yang dilakukan oleh masyarakat untuk mendukung (atau menentang) sistem politik dengan membayar pajak, has suara dan mematuhi peraturan (atau tidak membayar pajak, tidak menggunakan hak suara, menggunakan fasilitas tidak resmi – untuk aborsi, misalnya).



Gambar 2.1 Model Sistem Politik Easton
Sumber: Easton (1965)

Input dimasukkan kedalam penyusunan kebijakan untuk menghasilkan output; keputusan dan kebijakan pemerintah, termasuk legislatif, pajak, dan alokasi sumber daya. Easton memberikan rincian yang tidak banyak mengenai bagaimana perubahan terjadi dan sehingga pembuatan keputusan oleh masyarakat dianggap sebagai '*black box*' (kotak hitam). Sejumlah *output* nampak jelas, antara lain keputusan pemerintah untuk melatih lebih banyak perawat. *Output* yang lain nampak tidak terlalu jelas. Seperti yang diingatkan oleh Bachrach dan Barats (1963), sejumlah keputusan dapat bersifat terselubung atau non-keputusan yang menghidupkan alokasi nilai yang ada atau menyimpan isu tidak keluar dalam agenda. Sebagai contoh: meski sebagian masyarakat menuntut lebih banyak tenaga perawat, pemerintah bisa saja tidak mengambil satu tindakan apapun. Di dalam kotak hitam, alokasi sumberdaya telah diputuskan tanpa adanya kebijakan yang jelas.

Output dari proses kebijakan dibedakan menurut dampak yang ditimbulkan. Dampak kebijakan menghubungkan akibat-akibat dari keputusan kebijakan pada individu dan kelompok pada masyarakat. Akhirnya, masyarakat akan tertarik pada dampak kebijakan untuk menanggapi kekurangan tenaga perawat dalam sistem kesehatan beserta efek yang ditimbulkan pada kualitas layanan.

Logika dalam pendekatan sistem mengharuskan output dan dampak kebijakan memiliki '*feedback*' yang dapat mempengaruhi tuntutan dimasa mendatang dan dukungan pada sistem – menciptakan suatu lumpatan. *Feedback* tersebut dibedakan menjadi berkesinambungan atau iteratif

agar dapat menangkap peningkatan ketergantungan antar komponen dalam sistem. Melanjutkan contoh tentang kebijakan perawat diatas, jika kebijakan yang diambil gagal meraih tujuannya atau menghasilkan konsekuensi yang tidak terantisipasi (misal mutu keperawatan yang semakin buruk), maka kelompok yang terpengaruh mungkin akan merubah keinginan, tuntutan dan dukungan mereka kepada alternatif kebijakan yang lain. Input-input ini pada akhirnya nanti akan mempengaruhi tantangan dan kesempatan yang disajikan kepada para pembuat keputusan yang bekerja dalam 'kotak hitam' dan menyesuaikan pendekatan mereka dengan permasalahannya.

Model yang digambarkan Easton dapat menjelaskan mengapa sistem politik bersifat responsif terhadap tekanan masyarakat. Model tersebut juga memecah proses penyusunan kebijakan kedalam tahap-tahap yang akan dikaji lebih lanjut dalam buku ini. Di samping itu, sifat umum model tersebut dapat diterapkan pada kebanyakan sistem politik. Namun, sama halnya dengan model lain, kenyataan yang disederhanakan mempunyai kelemahan, yang telah ditunjukkan kepada pembaca dalam pembahasan kekuasaan.

Kegiatan 2.10

Pikirkan apakah model sistem politik oleh Easton mampu membahas: (1) pembagian kekuasaan dalam masyarakat; (2) kenetralan negara; dan (3) kemungkinan bahwa negara pun juga memiliki kepentingannya sendiri. Tuliskan beberapa kalimat yang mengkritik model tersebut pada masing-masing isu.

Feedback

1. Model ini gagal dalam membahas isu penyeimbangan kekuasaan dalam masyarakat dan bagaimana keseimbangan ini dapat mempengaruhi alokasi nilai melalui sistem politik. Sebagai contoh, seorang elit mungkin menghargai layanan kesehatan yang terbaik dan terpisah dan disubsidi oleh negara. Elit ini juga mampu menyuarakan tuntutan dan dukungannya dengan jalan yang tidak mungkin dilakukan oleh masyarakat umum untuk layanan kesehatan yang dapat diperoleh oleh semua golongan masyarakat.
2. Model Easton menunjukkan bahwa negara bersikap netral dalam alokasi nilai dalam tuntutan yang saling bersaing. Model ini mempunyai asumsi bahwa negara mengembangkan kebijakannya dengan menyeimbangkan tuntutan daripada mempertimbangkan kekuasaan dari kelompok yang membuat tuntutan berbeda dalam sistem dan memberikannya dukungan dalam bentuk lain. Pada kenyataannya, kelompok-kelompok yang mampu memberi sumbangan finansial untuk kampanye atau membelanjakan dana besar untuk para pelobi akan diperhatikan tuntutannya oleh para pembuat keputusan daripada kelompok-kelompok yang memiliki dana terbatas.
3. Model ini tidak memberi tempat bagi negara untuk bertindak atas kepentingan mereka sendiri (seperti pendapat para ahli teori pilihan rakyat). Pembuat keputusan, khususnya pelaksana keputusan, seringkali menyesuaikan output kebijakan dengan kepentingan mereka sendiri daripada menyesuaikannya dengan tuntutan dan dukungan dari lingkungan yang lebih luas.

Sebagai akibat dari pemikiran kedua ini, ada pendapat bahwa model Easton ini tidak dapat menjelaskan mengapa pemerintah melakukan penekanan dan paksaan, seperti yang terjadi selama ini, untuk mengurangi tuntutan. Kritik selanjutnya adalah, model tersebut tidak mempertimbangkan kebijakan yang muncul dari pembuatan keputusan dalam organisasi swasta, sebagai contoh: undang-undang industri tentang pekerja anak atau peraturan swasta yang mengatur hal-hal teknis. Disamping itu, seperti yang telah disinggung, model ini hanya memberi sedikit penekanan pada apa

yang terjadi pada 'kotak hitam'. Apakah keputusan-keputusan tersebut dibuat dengan cara yang rasional oleh para penyusun kebijakan atau dalam langkah tambahan tergantung pada penggunaan kekuasaan oleh kelompok berkepentingan? Pertanyaan-pertanyaan berikut akan dibahas dalam bab selanjutnya.

Meskipun ada kelemahan, konsep sistem politik merupakan suatu kunci penting untuk memahami tahap-tahap khusus dalam siklus pembuatan keputusan. Namun, sebelum beralih ke tatap-tahap tersebut, pembaca perlu untuk memahami input, dalam upaya untuk menjelaskan hubungannya dengan proses penyusunan kebijakan – khususnya kemampuan masyarakat untuk mempengaruhi proses kebijakan. Hubungan ini berpusat pada sifat keikutsertaan dalam sistem politik.

Membedakan sistem-sistem politik: partisipasi, keuntungan dan keterbukaan

Secara umum, warga masyarakat dapat berpartisipasi secara langsung maupun tidak langsung dalam proses kebijakan. Partisipasi langsung menggambarkan usaha untuk mempengaruhi kebijakan secara tatap muka atau bentuk kontak pribadi lainnya dengan penyusun kebijakan. Sebagai contoh, lembaga konstitusi dapat bertemu dengan perwakilan parlemen mereka untuk membahas pilihan-pilihan untuk mengurangi panjangnya antrian pada rumah sakit setempat. Partisipasi tidak langsung mengacu pada tindakan-tindakan yang dilakukan perorangan untuk mempengaruhi pilihan wakil-wakil pemerintah. Hal ini sering kali dilakukan dengan bergabung pada partai politik, kampanye untuk partai tertentu atau orang tertentu dan memberikan hak suara dalam pemilu.

Sejauh mana orang-orang dapat berpartisipasi dalam sistem politik merupakan salah satu fungsi budaya dan sifat sistem politik. Ada upaya untuk membedakan sistem politik berdasarkan partisipasi dan output yang dihasilkan. Berdasarkan pada pengkajian atas kota pemerintahan Yunani, Aristoteles mengembangkan enam pembedaan sistem politik didasarkan pada siapa yang berkuasa dan siapa yang diuntungkan (Tabel 2.1). Kategori yang dibuat Aristotle ini tetap digunakan sehingga sekarang. Dalam pandangannya, demokrasi, oligarki dan tirani merupakan bentuk turunan dari pemerintahan ketika para pemimpinnya memenuhi kepentingannya sendiri.

Tabel 2.1 format pemerintahan Aristoteles

		Who rules?		
		One person	The few	The many
Who benefits?	Rulers	Tyranny	Oligarchy	Democracy
	All	Monarchy	Aristocracy	Polity

Sumber: Diadaptasi dari Heywood (2002)

Upaya yang lebih baru dalam pengelompokan sistem politik menambah suatu dimensi baru: seberapa terbukanya sistem tersebut pada pertimbangan alternatif (seberapa liberal atau authoritarian)? Atas dasar kriteria tersebut, lima kelompok sistem politik berhasil dibedakan:

- *Rezim demokrasi liberal*. Kategori ini ditandai dengan pemerintahan yang berkuasa dengan institusi politik yang relatif stabil dengan kesempatan untuk berpartisipasi luas melalui sejumlah mekanisme dan kelompok: pemilihan umum, partai politik, kelompok kepentingan, dan 'media bebas'. Kategori ini mencakup negara-negara di Amerika Utara, Eropa Barat dan negara-negara di India dan Israel. Negara-negara ini cenderung tidak terlalu inegalitarian (kecuali Amerika) ataupun tidak terlalu egalitarian. Kebijakan kesehatan berbeda-beda dari yang berorientasi pada pasar di Amerika hingga yang bertanggung jawab atas kesejahteraan negara di Eropa Barat.

- *Egalitarian-autoritarian*. Kategori ini memiliki elit pemimpin yang tertutup, birokrasi autoritarian dan partisipasi yang diatur oleh negara (i.e. rezim partisipasi dan kurangnya kesempatan demokrasi dalam pengendalian sosial). Hubungan yang dekat sering timbul antara satu partai politik dan negara serta birokrasi. Pada tahun 1970-an, Uni Soviet, China, Vietnam, Angola, Mozambique dan Cuba masuk didalam kategori ini. Negara-negara ini memang egalitarian – meskipun lingkup dan sifat kesetaraan sering dipertanyakan. Negara-negara ini telah mengembangkan sistem jaminan sosial yang baik dan layanan kesehatan dibiayai dan disediakan hampir semuanya oleh pemerintah (praktek swasta dilarang dalam beberapa hal) dan diperlakukan sebagai hak asasi yang fundamental. Hanya sedikit negara-negara yang egalitarian-autoritarian saat ini.
- *Traditional-inegalitarian*. Sistem ini memerintah dengan tradisi monarki yang hanya menyediakan partisipasi yang terbatas. Saudi Arabia merupakan salah satu contoh dari sistem yang semakin langka ini. Kebijakan kesehatan sangat tergantung pada sektor swasta dimana para elit menggunakan fasilitas dari negara-negara maju pada saat kebutuhannya meningkat.
- *Populis*. Sistem ini berdasar pada satu partai politik yang dominan, nasionalisme yang tinggi dan kepemimpinan cenderung menjadi personal. Partisipasi sangat diatur melalui gerakan massa yang dikendalikan oleh pemerintah atau partai politik. Para elit mungkin memiliki pengaruh dalam pemerintah karena ada hubungan dengan pemimpin atau menjadi anggota partai politik – sepanjang para elit ini mendukung gerakan nasionalis dan populis. Banyak negara yang baru merdeka di Afrika dan Amerika Selatan memulai pemerintahan dengan sistem politik populis. Meski layanan kesehatan kolonial hanya tersedia untuk para elit yang memerintah, populis berusaha untuk menyediakan kesehatan bagi semua warga sebagai hak dasar.
- *Authoritarian-inegalitarian*. Sistem politik ini seringkali muncul untuk menghadapi rezim populis dan liberal-demokrasi. Sistem ini sering dikaitkan dengan pemerintahan militer dan menggunakan kekerasan. Pada pertengahan 1980-an, lebih dari separuh pemerintahan di Sub-Sahara Afrika merupakan pemerintahan militer – dan banyak yang ditandai dengan penguasa autokratik. Kebijakan kesehatan mencerminkan kepentingan dari kaum elit yang terbatas: layanan dibiayai oleh negara untuk militer, sedangkan yang lain sangat tergantung pada sektor swasta.

Sejalan dengan pergolakan politik pada akhir 1980, penggolongan sistem politik diatas seperti sudah kuno tanpa adanya perubahan. Francis Fukuyama, seorang ilmuwan politik Amerika, menerbitkan makalah pada tahun 1989 dengan judul yang provokatif “The End of History?” (Akhir dari Sejarah?). Ia berpendapat bahwa jatuhnya komunisme dan gelombang demokrasi pada akhir th 1980-an menandai pengakuan demokrasi liberal sebagai yang terbaik dan merupakan “bentuk akhir dari pemerintahan manusia”. Meskipun benar bahwa sejumlah bentuk dari demokrasi merupakan bentuk yang paling umum dari sistem politik, pengkajian yang dilakukan Fukuyama berpusat pada Barat, didasarkan pada nilai-nilai individualisme, hak-hak dan pilihan; disamping itu pengkajiannya ini tidak dapat menjelaskan kehadiran bentuk-bentuk baru sistem politik yang cenderung semakin kompleks dan bervariasi. Heywood (2002) menunjukkan suatu penggolongan yang mencerminkan dunia politik saat ini:

- *Poliarki Barat*. Serupa dengan demokrasi liberal. Nama yang dipakai berubah karena dua alasan, salah satunya adalah pengakuan bahwa banyak negara tidak dapat melaksanakan idealisme demokrasi

- *Demokrasi Baru.* Gelombang demokrasi mulai pada tahun 1974 dengan tumbangnya pemerintahan autoritarian di Yunani, Portugal dan Spanyol. Banyak bekas negara Republik Soviet termasuk kelompok ini pada tahun 1989-91. Negara-negara ini melaksanakan pemilihan umum multi partai dan reformasi radikal yang berorientasi pasar. Dari sudut pandang politik, perbedaan antara sistem politik ini dan poliarki barat terletak pada konsolidasi demokrasi yang tidak utuh, dan hadirnya kembali bentuk-bentuk authoritarianisme tertentu yang membatasi partisipasi rakyat. Reformasi sektor sosial telah merusak jaringan pengamanan sosial, tenaga medis yang berlebihan dan pergeseran kepada pembiayaan swasta
- *Rezim Asia Timur.* Meskipun sebagian besar negara-negara dipantai barat Samudera Pasifik menganut sistem poliarki, perbedaan dari paham Barat adalah pada dasar perbedaan budaya yang telah dibentuk oleh idealisme Confucian dan nilai-nilai yang berlawanan dengan individualisme liberal. Budaya ini menyebabkan, Rezim Asia Timur diwarnai oleh pemerintahan yang kuat, partai-partai pemerintah yang berkuasa, menghormati kepemimpinan, penekanan pada masyarakat kohesi sosial. Pajak rendah dan pengeluaran sektor umum yang rendah berakibat pada terbatasnya fasilitas kesehatan.
- *Rezim Islam.* Rezim ini ditemukan di negara-negara Afrika Utara, Timur Tengah dan sebagian Asia. Tujuan dari sistem Islam adalah untuk mengembangkan suatu teokrasi dimana lembaga dan proses politik mencerminkan prinsip-prinsip dan kepercayaan agama yang tinggi. Rezim Islam fundamental berkaitan dengan Iran, Afghanistan dibawah Taliban, dikendalikan sekutu dan Saudi Arabia. Malaysia merupakan contoh dari negara Islam pluralis. Negara-negara ini membentuk kelompok-kelompok yang heterogen, dan akibatnya sulit untuk menentukan sifat mereka. Dalam hal kebijakan kesehatan, agama memberi pengaruh pada layanan kesehatan seksual dan reproduksi.

Jelas bahwa terdapat perbedaan yang signifikan diantara sistem politik kelompok-kelompok diatas. Satu hal yang penting adalah sejauh mana sistem-sistem tersebut mendorong atau membatasi partisipasi. Pada akhirnya nanti hal ini akan berimbas pada bagaimana kebijakan kesehatan disusun dan kepentingan kebijakan kesehatan mana yang terpenuhi.

Kegiatan 2.11

Cocokkanlah kebijakan kesehatan dengan salah satu dari sistem politik ini: Asia Timur; demokrasi liberal; Islam; militer.

1. Kebijakan yang melarang wanita belum menikah untuk memperoleh akses layanan kontrasepsi umum
2. Kebijakan yang membebaskan anggota militer dari kewajiban membayar layanan kesehatan umum
3. Penyediaan fasilitas umum dan swasta yang beraneka-ragam dan saling bersaing; sektor umum memainkan peran penting dalam pembiayaan dan layanan
4. Penyediaan fasilitas umum dan swasta yang beraneka-ragam dan saling bersaing; pembiayaan umum yang terbatas; partisipasi terbatas dalam penyusunan kebijakan.

Feedback

1. Islam
2. Militer
3. Demokrasi liberal (poliarki barat)
4. Asia Timur

Pengambilan keputusan didalam 'kotak hitam'

Sekarang, pikirkan tiga pendapat yang berbeda mengenai pengambilan keputusan dengan tujuan agar memahami implikasi mereka pada penyusunan kebijakan kesehatan. Ada perdebatan terus menerus antara para ahli teori yang menggambarkan pengambilan keputusan sebagai suatu 'proses rasional', dan ahli lain mengacu pada model 'incremental' (tambahan) yang menggambarkan suatu proses dimana para pengambil keputusan bergulat untuk menanggapi pengaruh politik, serta upaya pihak lain untuk menyatukan kedua pandangan ini. Kasus penyakit syphilis bawaan digunakan untuk menggambarkan pendekatan-pendekatan yang berbeda untuk memahami pengambilan keputusan tetapi isu kesehatan apapun dapat digunakan. Pada bagian terakhir, disusun hubungan anatar perdebatan atas pengambilan keputusan dan pengkajian kekuasaan serta peran negara yang dibahas pada bagian awal bab ini.

Kegiatan 2.12

Pada saat membaca ke-empat model ini (rasionalisme; rasionalisme terbatas; incrementalisme; mixed scanning), buatlah catatan apakah ke-empat model tersebut bertujuan untuk menggambarkan cara keputusan diambil, mohon diberi saran atas cara mengambil keputusan yang seharusnya (yakni: normatif), atau mungkin keduanya. Disamping itu, tuliskan dua atau tiga masalah yang terkandung dalam masing-masing model.

Model rasional dalam pengambilan keputusan: apakah terlalu idealis?

Sering sekali diasumsikan bahwa kebijakan-kebijakan dan keputusan-keputusan dibuat atau diambil melalui cara yang rasional. Model rasional dalam pengambilan keputusan terkait dengan pemikiran Simon (1957) tentang bagaimana seharusnya sebuah organisasi mengambil keputusan. Simon berpendapat bahwa pilihan rasional melibatkan pemilihan diantara pilihan-pilihan berlaku yang paling memungkinkan dalam pencapaian tujuan atau objektif yang ditentukan. Untuk mencapai hasil yang diinginkan, para pengambil keputusan harus melalui beberapa langkah dalam rangkaian yang logis. Pertama-tama, para pengambil keputusan perlu mengidentifikasi sebuah masalah yang perlu dipecahkan dan memisahkannya dari yang lain. Sebagai contoh: di Sub-Sahara Afrika, angka rata-rata infeksi sifilis pada ibu-ibu hamil di beberapa daerah adalah 10%. Untuk memisahkan masalah tersebut dari yang lain, pengambil keputusan mungkin harus memutuskan apakah ini betul-betul kenaikan atau hasil dari perbaikan kapasitas penemuan dan apakah perhatian mereka lebih ke infeksi pada anak-anak atau dengan beban penderita sifilis masyarakat yang lebih umum.

Kedua, tujuan-tujuan, nilai-nilai dan objektif-objektif para pembuat keputusan perlu diklarifikasi dan dirangking. Sebagai contoh: apakah para pembuat kebijakan lebih memilih untuk mengurangi peristiwa sifilis turunan atau bawaan dengan memeriksa semua ibu-ibu hamil (sebuah strategi yang mungkin wajar) atau hanya memeriksa ibu-ibu hamil yang beresiko tinggi (sebuah strategi yang mungkin jadi lebih *cost effective*)?

Ketiga, para pengambil keputusan membuat daftar semua strategi alternatif untuk mencapai tujuan mereka. Tergantung negaranya, strategi seperti itu mungkin termasuk:

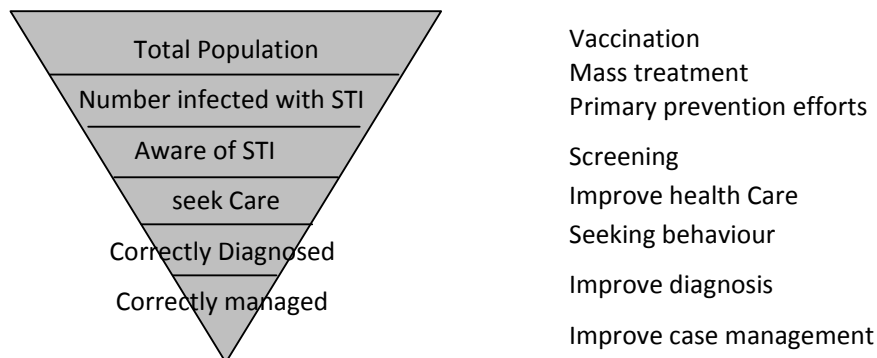
- Memperluas ruang lingkup perawatan sebelum melahirkan, meningkatkan angka perempuan-perempuan yang mencari perawatan pada awal kehamilan mereka, dan melatih para penyedia pelayanankesehatan untuk memberikan pemeriksaan sifilis yang efektif dan manajemen sifilis.
- Memberi bantuan perawatan perkiraan awal sifilis untuk semua ibu-ibu hamil.

- Menargetkan perawatan perkiraan sifilis untuk kelompok beresiko tinggi.
- Mengontrol penyakit kelamin menular di masyarakat melalui, sebagai contoh: promosi penggunaan kondom.

Gambar 2.2 menggambarkan efek relatif dari pilihan-pilihan ini.

Langkah keempat akan melibatkan para pengambil keputusan yang rasional melakukan analisa yang komprehensif atas semua akibat dari tiap-tiap alternatif. Dalam hal sifilis turunan/bawaan, para pengambil keputusan perlu menghitung pengurangan insiden penyakit dan biayanya di setiap alternatif (beberapa telah kita daftar diatas). Usaha menghitung seberapa luas intervensi itu dapat mencapai tujuan dan biaya-biayanya bisa menjadi hal yang cukup rumit. Pada akhirnya, para pembuat kebijakan akan memilih strategi yang memaksimalkan nilai-nilai dan tendensi-tendensi mereka sejauh pencapaian tujuan tetap diperhatikan. Dengan membahas proses yang logis dan menyeluruh ini, sebuah keputusan rasional diambil dalam artian bahwa arah yang dipilih adalah yang paling efektif dalam mencapai tujuan kebijakan.

Sangat tidak mungkin para pengambil keputusan yang terlibat dalam membuat sebuah kebijakan, melakukan proses dan langkah-langkah yang telah dijabarkan diatas untuk sampai pada keputusan kebijakan mereka. Kegagalan dalam mematuhi proses rasional seperti itu dapat dijelaskan melalui kesulitan-kesulitan yang ditemukan para analis pengambilan keputusan dalam pendekatan ini. Pendekatan nasional terlalu “mengharuskan” *menetapkan dasar* bagaimana kebijakan disusun daripada menjelaskan bagaimana kebijakan itu sebenarnya disusun di dunia nyata.



Gambar 2.2 Piramida terbalik kesehatan masyarakat untuk pencegahan dan perawatan pasien Sifilis
Sumber: Diadaptasi dari Schmid (2004)

Salah satu tantangan model rasional ini terletak pada definisi permasalahan. Sifat yang tepat dari permasalahan ini tidak selalu jelas. Sebagai contoh: dalam hal penyakit sifilis bawaan/turunan, apakah program mencoba menurunkan angka keseluruhan penderita sifilis di masyarakat (yang sudah tentu termasuk ibu-ibu hamil) atau mengenai mencoba untuk meningkatkan pemeriksaan dan fasilitas perawatan untuk ibu-ibu hamil?

Model rasional juga mendapat kritikan terkait dengan menetapkan nilai-nilai dan tujuan-tujuan. Nilai-nilai dan tujuan-tujuan yang mana yang harus diambil? Tidak ada organisasi yang homogen. Bagian-bagian yang berbeda di sebuah organisasi mungkin mengejar tujuan yang berbeda, atau malah berlawanan, berdasarkan nilai-nilai yang berlainan pula. Sebagai contoh: analisa Zafrullah Chowdhury (1995) dalam menyusun Kebijakan Obat Esensial di Bangladesh menarik perhatian orang-orang kepada respons bermasalah dari World bank tentang kebijakan tersebut. Unit Industri dan Energi World bank di Dhaka menyampaikan keberatan-keberatannya atas kebijakan tersebut, sedangkan Unit Kesehatan dan Masyarakat memberikan dukungan penuhnya pada pemerintah.

Kesimpulan ketiga terletak pada asumsi bahwa semua strategi yang memungkinkan bisa dipertimbangkan. Banyak alternatif kebijakan yang berlawanan mungkin sudah tidak dipakai karena investasi-investasi, janji-janji dan kenyataan-kenyataan politik yang lebih dulu ada. Sebagai contoh: sebuah kebijakan sifilis turunan menargetkan untuk meningkatkan pelayanan sebelum melahirkan di desa-desa dengan merelokasi tenaga dokter untuk melayani di fasilitas kesehatan setempat seperti halnya akan menemui perlawanan sengit dari asosiasi tenaga medis profesional.

Yang keempat, lebih jelas, kekurangan pendekatan rasional berhubungan dengan ketidakpraktisannya. Di dunia nyata, masalah mengumpulkan informasi tentang semua alternative akan menemui batasan anggaran dan waktu. Mengalokasikan waktu dan dana yang cukup untuk mengumpulkan data yang berhubungan dengan pilihan yang memungkinkan untuk membuat setiap keputusan tidak dapat dibenarkan atau justru diberi sanksi di sebagian besar organisasi.

Pihak lain mempunyai kritik berbeda terhadap model yang memahami dunia dengan cara rasional. Kritik ini menantang ide bahwa dunia manusia itu sederhana dan sudah ditentukan. Mereka berpendapat bahwa kebijakan adalah artefak yang dibangun melalui proses sosial. Dalam pandangan ini, para pengambil keputusan memiliki pengertian subjektif terhadap masalah-masalah beserta solusi-solusinya-sebagai akibatnya. Mereka menciptakan makna permasalahannya dan memperbaikinya dengan cara yang berhubungan dengan nilai-nilai mereka. Seperti yang dikatakan Edelman (1988), para pembuat kebijakan mungkin 'membangun' masalah untuk membenarkan solusi-solusi sehingga dalam pelaksanaannya kesuksesan dan bahkan kegagalan sebuah kebijakan mungkin bisa menjadi alat politik. Jika gagal untuk memperbaiki kenyataan dengan pernyataan bahwa dapat dikatakan 'operasinya sukses tapi pasiennya meninggal.'

Simon menjawab beberapa masalah-masalah ini dengan membantah bahwa model rasional menyediakan pendekatan idealis, menjelaskan cara bagaimana kebijakan seharusnya dibuat bukan bagaimana kebijakan sebenarnya diterapkan. Kemudian dia mengajukan 'rasionalitas terbatas' sebagai model pelaksanaan pembuatan kebijakan di dunia nyata. Mengakui kompleksitas dari pilihan rasional dan biaya serta ketidaklengkapan informasi yang dihadapi para pengambil keputusan, Simon menyatakan bahwa mereka menyederhanakan pengambilan keputusan menjadi 2 cara. Pertama, mereka menemukan cara-cara untuk mengatasi masalah yang terus menerus terjadi sehingga tidak harus mempelajari setiap masalah secara menyeluruh. Hasilnya, banyak strategi yang tidak perlu penelitian yang cermat. Kedua, para pengambil keputusan tidak bertujuan untuk mencapai solusi maksimal dari permasalahannya tapi mencari solusi-solusi atau memilih strategi-strategi yang memenuhi standar kepuasan dalam hal yang disebut 'memuaskan' (March dan Simon 1958). Sebagai akibat, Simon menyatakan bahwa para pengambil keputusan dengan sengaja menjadi rasional, tapi dunia nyata membatasi kemampuan mereka untuk membuat pilihan rasional yang sempurna. Dalam masalah kebijakan penyakit sifilis turunan, para pengambil keputusan mencoba menaati model perilaku yang rasionalitas terbatas serasional mungkin dalam batasan waktu, informasi dan kemampuan untuk mengenali akibat-akibat dari setiap solusi yang mungkin berlaku.

Model incremental dalam pengambilan keputusan: lebih realistis tapi terlalu konservatif

Charles Lindblom (1959) mengusulkan sebuah penjelasan alternatif untuk pengambilan keputusan yang dia beri judul '*muddling through*'. Menurut Lindblom, para pengambil keputusan '*muddling*' dalam artian bahwa mereka mengambil langkah tambahan dari situasi awal dengan membandingkan hanya beberapa alternatif yang mungkin bisa digunakan yang tidak beda jauh dengan status quo. Lindblom menyatakan bahwa para pengambil keputusan akan menguji situasi politik dalam menentukan jadi atau tidaknya mengejar tindakan yang sudah ditentukan arahnya. Ujian untuk sebuah kebijakan bukan bisa tidaknya memaksimalkan atau bahkan memuaskan nilai-nilai dari para pengambil keputusan (seperti juga dengan kasus model rasional) tapi apakah kebijakan itu menjaga perjanjian oleh berbagai kepentingan yang akan terpengaruh. Jika oposisi

terlalu kuat, sebuah pilihan yang dekat dengan status quo akan di uji. Usaha berikutnya atas perubahan kebijakan akan mencari kembali untuk membandingkan pilihan-pilihan yang mungkin menantang status quo tapi hanya secara marjinal. Untuk Lindblom, proses pengambilan keputusan ditandai dengan penyesuaian bersama oleh pihak - pihak yang berkepentingan.

Lindblom mengatakan bahwa '*muddling through*' menyediakan saran yang lebih baik dalam keputusan membuat kebijakan sehingga kesalahan kebijakan yang merusak bisa dihindari dengan menggunakan langkah *incremental* yang efeknya bisa ditaksir lebih dulu untuk mengambil langkah selanjutnya. Terlebih lagi, Lindblom menyatakan bahwa langkah tersebut memberikan pendekatan yang lebih demokratis dan praktis untuk menemukan "politik yang lebih masuk akal" daripada yang hirarkis, pendekatan berpusat yang dipromosikan oleh para rasionalis.

Kembali pada contoh kasus kebijakan penyakit sifilis turunan, pengambilan keputusan *incremental* akan menjauhkan gagasan kebijakan keras yang mencoba menghapus keadaan. Sebaliknya, para pengambil keputusan mungkin pertama-tama melanjutkan dengan memberi dukungan pemeriksaan sifilis sebelum melahirkan pada pemeriksaan HIV/AIDS rutin yang diberikan sebelum melahirkan. Jika intervensi ini diterima secara luas oleh aktivis HIV/AIDS, tenaga kesehatan dan wanita-wanita yang mendatangi klinik-klinik sebelum melahirkan; para pengambil keputusan kemudian mungkin mengambil langkah tambahan lain dengan melanjutkan kebijakan yang mengalokasikan beberapa sumber daya tambahan untuk meningkatkan angka ibu-ibu hamil yang mendatangi klinik-klinik sebelum melahirkan. Jika aktivis HIV/AIDS mencegah usaha untuk membajak pelayanan 'mereka', atau tenaga-tenaga kesehatan tidak akan menerima tambahan beban kerja, para pengambil keputusan akan memeriksa kembali kemungkinan untuk mengambil langkah tambahan lain, seperti memperpanjang program khusus pemeriksaan sifilis.

Walaupun model *incremental* menyajikan penjelasan yang lebih realistis dibandingkan model rasional dalam pengambilan keputusan, model ini juga menjadi bahan kritikan tajam. Salah satu kritik atas model ini berkenaan dengan ketidakmampuannya menjelaskan fundamental dan seradikal apa keputusan diambil. Jika pengambilan keputusan hanya meliputi langkah-langkah pemeriksaan kecil dari kebijakan yang ada, bagaimana bisa menjelaskan kebijakan yang meliputi reformasi fundamental keseluruhan sistem layanan kesehatan? Sebagai keterbatasan pada kapasitas deskriptifnya, pendekatan *incremental* menyangkut tentang posisi preskriptif dan normatifnya dalam pembuatan kebijakan. Akibatnya, inkrementalisme menganjurkan pendekatan konservatif dalam pengambilan keputusan. Para pembuat kebijakan dicegah untuk melanjutkan strategi yang menghasilkan pemaksimalan tujuan jika dihadapkan ke berbagai keinginan yang menolak. Perubahan yang strategis kemungkinan besar ditentang walaupun sangat dibutuhkan. Pendekatan inkremental cenderung tidak meningkatkan inovasi atau tidak memajukan secara signifikan dan mungkin menjadi tidak adil karena memilih yang lebih berkuasa. Inkrementalisme, dalam teori dan prakteknya, gagal untuk mengatasi ketidakmerataan distribusi kekuasaan diantara kelompok-kelompok yang berkepentingan atau untuk menghambat kemungkinan-kemungkinan yang mengaburkan hal-hal tertentu dari pertimbangan kebijakan.

Lindblom menolak kritik ini dan mengatakan bahwa rangkaian langkah-langkah kecil bisa menjadi perubahan yang fundamental (Lindblom and Woodhouse 1993). Sebagai contoh: dukungan pada kebijakan tertentu sejalan dengan waktu bisa berkurang pada oposisi politik terhadap tujuan jangka panjang. Yang lain lebih skeptis lagi, berkata bahwa pada prakteknya pendekatan ini tidak berhubungan dengan apa yang akan mengarahkan langkah-langkah tambahan. Proses menjadi mungkin sebuah lingkaran setan – mengarah pada dimana itu bermula, atau berakhir – mengarah ke berbagai arah pada waktu bersamaan tapi tidak sampai kemanapun (Etzioni 1967). Sebagai akibatnya, sebuah jalan tengah telah diajukan yang bisa mengarahkan langkah-langkah inkremental.

Pendekatan “*mixed scanning*” pada pengambilan keputusan: jalan tengah

Beberapa usaha telah dicoba untuk menggabungkan idealisme pendekatan rasional-komprehensif dengan realisme model inkremental, mengatasi syarat-syarat yang tidak realistis dari rasionalisme dan juga pandangan konservatif dari incrementalisme. Amitai Etzioni mengajukan model *mixed scanning* untuk proses pengambilan keputusan yang berbasis pada teknik perkiraan cuaca (1967) dimana pengamatan luas dari seluruh daerah disatukan dengan gambaran-gambaran daerah bermasalah yang dipilih. Dalam konteks pengambilan keputusan, *mixed scanning* akan meliputi pembersihan luas atas masalah umumnya sebagai satu kesatuan dan analisis yang lebih mendetail atas komponen dari masalah yang sudah dipilih. Etzioni menarik sebuah perbedaan antara keputusan fundamental dan kecil. Dalam pandangannya, dengan penghargaan kepada keputusan-keputusan mayor, para pembuat kebijakan melakukan analisa luas pada area permasalahan tanpa analisis mendetail tentang pilihan-pilihan kebijakan seperti yang disarankan oleh rasionalis. Tinjauan yang lebih terinci dilakukan tergantung pada pilihannya sehubungan dengan langkah-langkah yang kurang penting yang mungkin mengarah pada atau mengikuti keputusan fundamental. Pengamatan campuran dipikirkan untuk mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari rasionalisme dengan membatasi detail yang diminta untuk keputusan-keputusan mayor, sedangkan pandangan luas membantu mengatasi pandangan konservatif dari incrementalisme dengan mempertimbangkan alternatif yang lebih jauh. Etzioni mengklaim bahwa *mixed scanning* tidak hanya cara yang diinginkan untuk mengambil keputusan tapi juga menyediakan gambaran yang baik atas praktek pengambilan keputusan.

Menerapkan model *mixed scanning* pada pembuatan kebijakan penyakit sifilis bawaan mungkin menggambarkan praktek model ini digunakan di beberapa negara. Di satu pihak, Departemen Kesehatan melakukan latihan yang bertujuan untuk mengukur dan menghitung keseluruhan beban penyakit sehubungan dengan kategori penyakit utama berdasarkan periodenya. Kegiatan ini dasar untuk memprioritaskan program-program penyakit khusus dan menetapkan sasaran kasar untuk alokasi sumber daya-sumber daya di berbagai kategori pengeluaran. Di sisi lain, manajer-manajer program penyakit khusus melaksanakan analisa yang lebih rinci atas pilihan-pilihan yang tersedia sehubungan dengan dana intervensi tertentu. Bagaimanapun, pada prakteknya, negara yang terbatas sumber dayanya, pengambilan keputusan dilanjutkan dengan cara yang lebih tidak terstruktur, baik melalui arah yang tidak direncanakan atau sebagai respons pada tekanan atau kesempatan politik atau ketersediaan dana yang disediakan oleh kepentingan global.

Feedback

Bandingkan jawaban Anda dengan Tabel 2.2. Sebagian besar orang senang berpikir bahwa mereka rasional dan menghargai penggunaan rasionalitas dalam pengambilan keputusan. Model rasional Simon dalam pengambilan keputusan mengusulkan sebuah rangkaian langkah-langkah logis yang dapat dilakukan sehingga pilihan terbaik bisa ditemukan dan dipilih. Model rasional terutama digunakan untuk menjalankan tujuan-tujuan preskriptif karena banyak batasan untuk mempraktekkan rasionalitas di dunia nyata. Rasionalisme terbatas mengakui bahwa para pengambil keputusan bermaksud menjadi rasional tapi ketidakjelasan informasi yang diberikan dan biaya pengetahuannya, perlu dipertimbangkan untuk mencapai sebuah keputusan yang ‘memuaskan’. Model inkremental secara eksplisit memperhitungkan dan memberikan penjelasan deskriptif yang luas tentang bagaimana para pembuat keputusan mengatasi tekanan-tekanan politik yang rumit. Para kritikus menyatakan bahwa pendekatan inkrementalisme cenderung ke status quo. Lindblom membantah bahwa rangkaian langkah-langkah kecil secara kumulatif menghasilkan perubahan besar dan langkah-langkah itu mungkin digunakan untuk menjaga jarak dari bencana kebijakan besar. *mixed scanning* diajukan sebagai jalan tengah. Banyak analis menyarankan bahwa *mixed scanning* memberikan kontribusi cukup tepat dalam pengambilan keputusan di dunia nyata – bahkan jika perbedaan antara keputusan besar dan kecil tetap sulit secara konseptual.

Tabel 2.2 Perbandingan teori pengambilan keputusan

Theory/ model	Major component	Descriptive vs. Prescriptive	Criticism
Rationalism	Simon	Prescriptive	Problem definition Problematic Who sets goals Many options foreclosed Impractical/ impossible to collect data
Bounded rationalism	Simon	Prescriptive and descriptive	Problem definition Problematic Who sets goals Many options foreclosed
Incrementalism	Lindbolm	Mainly descriptive Claims for prescription	Doesn't explain major policy change/reform Inbuilt conservative bias
Mixed scanning	Etzioni	Prescriptive and descriptive	Distinction between fundamental and routine decisions not clear

Rangkuman

Bab ini telah memperkenalkan kerangka teori supaya kita mampu menerapkan konsep kekuasaan *muddling through* pengambilan keputusan. Kekuasaan telah diartikan dan tiga cara yang digunakan telah digambarkan. Perdebatan pada bagaimana kekuatan disalurkan ke masyarakat oleh kalangan pluralis dan kalangan elit yang menduduki dua posisi ekstrim diperkenalkan. Dalam prakteknya, penyaluran kekuasaan akan tergantung pada isu kebijakan, seberapa penting kebijakan itu, dan sistem politik dimana kebijakan itu dibuat. Penjelasan umum tentang bagaimana pengambilan keputusan dibuat di setiap sistem politik juga telah diperkenalkan. Walaupun telah ada debat panjang menyangkut cara bagaimana kebijakan diputuskan, antara rasionalis di satu sisi dan inkrementalis di sisi yang lain, peranan kekuasaan dalam pengambilan keputusan sudah jelas. Pandangan rasionalis sering diartikan sebagai hal yang preskriptif (bagaimana kebijakan seharusnya dibuat) dan pandangan inkrementalis diartikan sebagai hal yang deskriptif (bagaimana kebijakan sebenarnya dibuat). Pembuatan kebijakan kesehatan mungkin dimaknai oleh *mixed scanning*. Dengan memahami kepentingan-kepentingan berbagai pelaku dan cara mereka menggunakan kekuasaan, diharapkan kita lebih mengerti tentang proses kebijakan dan usahanya untuk mempengaruhi proses tersebut.

Referensi

- Bachrach P dan Baratz MS (1962). The two faces of power. In Castles FG, Murray DJ dan Potter DC (eds) *Decision, Organization and Society*. Harmondsworth: Penguin
- Bachrach P dan Baratz MS (1963). Decision and nondecisions: An analytical framework. *American Political Science Review* 57: 641-51
- Bottomore TB (1966). *Classes in Modern Society*. New York: Pentheon Books
- Chowdhury Z (1995). *Essential Drugs for the Poor*. London: Zed
- Creson M (1971). *The Unpolitics of Air Pollution*. Baltimore, MD: The John Hopkins Hospital University Press
- Dahl RA (1961). *Who Govern? Democracy and Power in an America City*. New Heaven, CT: Yale University Press
- Easton D (1965). *A System Analysis of Political Life*. New York: Wiley
- Edelman M (1998). *Constructing the Political Spectacle*. Chicago: Chicago University Press
- Etzioni A (1967). Mixed scanning: a 'third approach' to decision making. *Public Health Administrative Review* 27: 385-92
- Fukuyama F (1989). The end of history? *National Interest*. Summer, 3-18
- Heywood A (2002). *Politics*. 2nd edn. Houndsmill: Palgrave Macmillan
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM dan Rodger B (1992). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia* 176(10 Suppl): 584-95
- Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI dan Eisenberg DM (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United State. *American Journal of Psychiatry* 158(2): 289-94
- Kushel M dan Bindman AB (2004). Health care lobbying. time to make patients the special interest. *American Journal of Medicine* 116(7): 496-97
- Landers SH dan Sehgal AR (2004). Health care lobbying in the United States. *American Journal of Medicine* 116(7): 474-7
- Lee K dan Goodman H (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. In Lee K, Buse K dan Fustukian S (eds) *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 97-119
- Lindblom CE (1959). The science of muddling through. *Public Administrative Review* 19: 79-88
- Lindblom CE dan Woodhouse EJ (1993). *The Policy-Making Process*. 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Lukes S (1974). *Power: A Radical Approach*. London: Macmillan
- March JG dan Simon HA (1958). *Organizations*. New York: John Wiley and Sons
- Nye J (2002). *The Paradox of American Power: Why the World's Only Superpower Cannot go it Alone*. Oxford: Oxford University Press
- Schmid G (2004). Economic and programmatic aspects of congenital syphilis control. *Bulletin of the World Health Organization* 82(6): 402-9
- Simon HA (1957). *Administrative Behavior*. 2nd edn. New York: Macmillan
- UN (2002). *Implementation of the UN Millennium Declaration. Report of the Secretary General*. Fifty-seventh session. Item 44 of the provisional agenda. A/57/270. New York: UN General Assembly
- Weber M (1948). *From Max Weber: Essays in Sociology*. London: Routledge and Kegan Paul
- WHO (2004). *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Complementary and Alternative Medicine*. Geneva: WHO
- Zeltner T, Kessler DA, Martiny A dan Randera F (2000). *Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization*. Geneva: WHO

Chapter 3

Negara dan Sektor Swasta dalam Kebijakan Kesehatan

Gambaran

Bab ini membahas dua pelaku paling penting dalam kebijakan kesehatan yaitu negara dan sektor swasta yang berorientasi keuntungan. walaupun demikian di beberapa situasi pelaku-pelaku lain bisa berperan penting. Bab ini menelusuri perubahan peran kedua sektor ini dalam hubungannya dengan kebijakan kesehatan dan memberikan konteks untuk mengerti arti dan proses pembuatan kebijakan kesehatan yang dulu.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, diharap akan mampu untuk:

- Mengerti mengapa negara menjadi pusat analisa kebijakan politik.
- Menggambarkan dan menjelaskan perubahan peran negara dalam beberapa decade terakhir, dan apa ini berpengaruh pada peran negara dibidang kesehatan.
- Mengidentifikasi organisasi-organisasi sektor swasta yang berkepentingan dalam kebijakan kesehatan.
- Menerangkan bagaimana peningkatan pengaruh sektor swasta terhadap kebijakan kesehatan.

Istilah

Perusahaan: Istilah umum untuk bisnis yang bisa dijalankan oleh pemilik tunggal, kerjasama, atau sebuah badan usaha.

Korporasi Badan Usaha: kumpulan para pemegang saham yang dianggap sebagai “orang” yang sesuai hukum nasional. Kepemilikan ditandai oleh kebebasan untuk pengalihan saham dan tanggung jawab terbatas dari para pemegang saham.

Desentralisasi: pengalihan kekuasaan dan tanggung jawab dari pemerintah pusat ke tingkat daerah, yang kemudian diperkuat.

Industri: kelompok perusahaan yang berhubungan dekat dan berkompetisi dalam produksi yang serupa atau tingkat penggantian barang yang tinggi.

Perusahaan berbadan hukum multinasional: perusahaan yang mengendalikan operasinya di lebih dari satu negara, bahkan jika perusahaan itu tidak memilikinya tapi dapat mengontrolnya melalui sistem waralaba.

Manajemen publik baru: pendekatan pemerintah yang melibatkan penerapan teknik-teknik manajemen sektor swasta.

Sektor swasta: bagian dari perekonomian yang tidak berada dibawah kendali langsung pemerintah

Privatisasi: penjualan properti pemerintah pada sektor swasta.

Peraturan: campur tangan pemerintah dengan menerapkan peraturan-peraturan dan standar-standar.

Perusahaan transnasional: perusahaan yang mempunyai perusahaan cabang di lebih dari satu negara

Pendahuluan

Bab ini menyoroti perubahan peran negara dalam kebijakan kesehatan. Negara biasanya merupakan fokus utama dalam analisa kebijakan, ini sebagian adalah hasil dari keberadaannya yang ada dimana-mana dan sebagian, karena itu berperan lebih dalam memutuskan kebijakan-kebijakan apa yang seharusnya di ambil dan diterapkan dibandingkan dengan badan-badan lain. Penetapan kebijakan pemerintah masuk jauh sampai kedalam hidup orang-orang dari hal yang sepele sampai hal yang merubah hidup. Tergantung dimana orang tinggal, negara mungkin akan, mempunyai fungsi untuk:

- Mengatur jumlah anak yang boleh dimiliki seseorang (Cina)
- Memutuskan apakah perceraian diperbolehkan seseorang untuk memiliki anak kedua (hal ini diperbolehkan di Shanghai tapi tidak dibagian Cina yang lain)
- Melarang praktek medis swasta (Kuba)
- Menentukan pada usia berapa terapi perubahan seks diperbolehkan (saat ini di Australia pada usia 13 tahun)
- Menentukan apakah kontrasepsi darurat tersedia dengan praktis (tersedia di AS tapi tidak di Inggris)

Pemerintah juga bisa:

- Memberlakukan orang-orang dari ras, etnis, agama berbeda dengan hukum-hukum yang berbeda pula
- Memenjarakan tersangka teroris secara tidak jelas tanpa tuduhan (Perancis) atau menunda penerapan konvensi Jenewa untuk tentara-tentara musuh (AS)

Di sepanjang abad ke-20, pemerintah telah berperan besar dalam perekonomian di sebagian besar negara: perusahaan penerbangan dimiliki dan dijalankan oleh pemerintah, juga pelayanan-pelayanan umum lainnya seperti kereta api, air, listrik dan telepon. Banyak pemerintahan memegang komando dan kontrol perekonomian dalam konteks rencana-rencana pembangunan lima tahun. Di berbagai negara yang baru saja merdeka, pemerintahnya juga menjadi pemberi pekerjaan utama. Sebagai contoh: di Tanzania, tenaga kerja pemerintah tumbuh dari 27% di tahun 1962 menjadi lebih dari 66% di tahun 1974 (Perkins dan Roemer 1991). Pada tahun 1980an semua mulai berubah; pemerintah mundur dan sektor swasta didorong untuk memasuki bidang yang dulu ditangani oleh pemerintah – termasuk pelayanan kesehatan. Pergantian ini ada pengaruhnya terhadap isi kebijakan kesehatan juga untuk pelaku-pelaku yang berpartisipasi dalam proses kebijakan kesehatan.

Pada bab ini, kita akan memetakan perubahan peran negara dan pasar. Kegiatan cabang-cabang pemerintahan yang berbeda dalam proses kebijakan ditelaah lebih detail pada bab 4. Bab tersebut dimulai dengan mengkaji keterlibatan negara dalam kesehatan dan menyajikan argumen yang membenarkan peranan pentingnya. Kita lalu akan mempelajari mengapa kekecewaan pada pemerintah terus tumbuh selama dua dekade terakhir ini dan kenapa ini memberi dorongan pada reformasi sektor kesehatan yang bersifat mendunia. Kebutuhan segera akan sektor swasta yang berorientasi pada keuntungan dalam pelayanan kesehatan digarisbawahi dan tiga cara yang sangat mempengaruhi kebijakan kesehatan digambarkan.

Peran negara dalam sistem kesehatan

Sampai awal 1980an, pemerintah mempunyai tempat utama dalam pendanaan pelayanan kesehatan di sebagian besar negara. Sebagai tambahan, negara memegang peranan utama dalam mengalokasikan sumber daya-sumber daya untuk prioritas-prioritas kesehatan yang berkompetisi dan dalam mengatur cakupan kegiatan kesehatan. Satu contoh: pikirkan peranan yang mungkin dimiliki negara dengan regulasi layanan antar perawatan kesehatan. Mills and Ranson (2005) telah mengidentifikasi mekanisme regulasi yang sudah diterapkan oleh negara dengan pendapatan rendah dan menengah.

Untuk mengatur jumlah dan distribusi pelayanan, negara telah:

- Memberi perijinan para penyedia jasa (di semua negara) dan fasilitas-fasilitas (sangat umum bagi RS-RS)
- Mengendalikan pada jumlah dan besarnya sekolah medis (umum), mengatur jumlah dokter yang berpraktek di daerah tertentu dan membatasi penggunaan teknologi tinggi (sedang dipertimbangkan di Thailand dan Malaysia)
- Menyediakan insentif untuk praktek di daerah terpencil (dibanyak negara, hal ini untuk para dokter)

Untuk mengatur tarif pelayanan, pemerintah melakukan tindakan seperti:

- Merundingkan skala gaji (Zimbabwe dan Argentina)
- Menetapkan besar tarif (Afrika Selatan)
- Merundingkan besarnya pembayaran (pada banyak skema asuransi sosial)

Untuk mengatur kualitas pelayanan kesehatan, pemerintah telah:

- Memberi ijin para praktisi kesehatan
- Mendaftar fasilitas-fasilitas kesehatan
- Mengendalikan jenis pelayanan yang disediakan
- Mensyaratkan para penyedia jasa untuk membuat prosedur penanganan keluhan
- Mensyaratkan adanya informasi untuk mengawasi kualitas
- Mengendalikan pelatihan kurikulum
- Menetapkan syarat-syarat untuk melanjutkan pendidikan
- Memperkenalkan akreditasi untuk fasilitas kesehatan

Sebagai tambahan pada pendanaan, pengawasan dan regulasi pelayanan kesehatan, sebagian besar negara-negara mempunyai fungsi-fungsi kesehatan publik, sebagai berikut:

- Menjamin kualitas air dan keamanan makanan
- Melaksanakan karantina pengawasan negara dan batas untuk menghentikan penyebaran penyakit menular
- Meregulasi jalan dan tempat kerja untuk mengurangi cedera akibat kecelakaan
- Membuat undang-undang, dengan target mengurangi polusi lingkungan dan suara
- Menetapkan standar untuk pemberian label makanan, kadar timah pada bensin, serta kadar tar dan nikotin pada rokok
- Meregulasi dan memberi perijinan industri-industri dan memaksa mereka untuk menggunakan teknologi berbasis kesehatan masyarakat
- Menambah klorine pada air minum.

Kita mungkin bisa menambah daftar diatas untuk menggambarkan keterlibatan negara yang dalam dan luas pada kesehatan di awal abad 21. Ini menimbulkan pertanyaan apakah perkembangan seperti itu sudah benar.

Kegiatan 3.1

Berikut ini adalah peninjauan kembali alasan rasional keterlibatan negara dalam kesehatan. Saat membaca bagian ini, buatlah catatan atas alasan-alasan utama pemerintah terlibat dalam sistem kesehatan.

Ahli-ahli ekonomi memusatkan perhatian pada kegagalan pasar sebagai alasan utama negara untuk menegaskan perannya dalam keuangan dan pengawasan pelayanan kesehatan. Pasar-pasar yang efisien tergantung pada beberapa kondisi. Kondisi-kondisi itu sering tidak terpenuhi karena ada ciri-ciri khusus bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan. Pertama, jumlah pelayanan kesehatan yang optimal tidak akan selalu diproduksi atau dikonsumsi karena eksternalitas (biaya-biaya dan keuntungan-keuntungan) tidak dijadikan bahan pertimbangan oleh konsumen dan produser. Sebagai contoh: angka rata-rata imunisasi untuk anak-anak di Inggris menurun karena keputusan-keputusan orang tua berdasarkan biaya dan manfaat yang didapat dalam melindungi anak-anak mereka dianggap bertentangan dengan manfaat-manfaat perlindungan untuk yang lain dengan mengurangi pengelompokan anak yang rentan penyakit. Kedua, pasar akan gagal menyediakan apa yang disebut 'barang-barang publik' karena kurangnya insentif. Barang-barang umum adalah barang yang '*non-rival*' dalam masalah pengonsumsiannya (konsumsi oleh seseorang tidak mempengaruhi konsumsi barang yang sama oleh orang lain) dan '*non-excludable*' (tidak mungkin mencegah konsumen untuk mendapat manfaat dengan menyuruh membayar), sebagai contoh: mengontrol perkembangan biakkan nyamuk atau menghasilkan pengetahuan melalui penelitian. Ketiga, kekuasaan monopoli dapat mengarah pada penetapan harga yang terlalu mahal. Monopoli bisa dilakukan oleh dokter, industri obat atau rumah sakit di daerah tertentu. Bagaimanapun, beberapa ahli ekonomi berpendapat bahwa kurang efisiennya pasar pelayanan kesehatan secara relatif memberikan pembenaran yang lemah untuk masuknya peran negara ke dalam pelayanan kesehatan (kecuali bila berhubungan dengan pelayanan kesehatan masyarakat dan preventif) karena hal ini bisa diatasi dengan regulasi.

Pendapat lain yang berpihak pada peran pemerintah yang besar, di sektor kesehatan terkait ketidakseimbangan informasi antara para konsumen dan para penyedia jasa. Para konsumen berada pada posisi kurang beruntung dan para penyedia jasa swasta berada pada posisi yang luar biasa kuatnya untuk mengambil keuntungan dari ketidak seimbangan ini melalui pengambilan keuntungan dan pelayanan yang berlebihan. Ciri lain dari pasar ini adalah kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak jelas dan sering kali biayanya mahal. Ini memberikan penjelasan yang kuat untuk asuransi. Bagaimanapun, pengalaman menyarankan bahwa pasar asuransi swasta tidak bekerja dengan baik di bidang kesehatan. Kedua alasan ini memberikan dukungan memaksa untuk keterlibatan pemerintah.

Tapi sepertinya tidak mungkin bahwa argumen ekonomi ini saja yang berpengaruh pada peran penting pemerintah dalam bidang kesehatan. Jika prinsip teoritis atau filosofis digunakan maka akan berhubungan dengan prinsip keadilan dan keprihatinan bahwa beberapa orang terlalu miskin untuk mampu mendapatkan perawatan kesehatan dan membutuhkan bantuan dan perlindungan dari negara. Ini akan sampai pada perdebatan lebih luas tentang dasar etis sistem pelayanan kesehatan. Ada yang membantah bahwa pelayanan kesehatan seharusnya diperlakukan sama dengan barang-barang dan pelayanan-pelayanan lain yang aksesnya tergantung pada kemampuan dan kemauan membayar. Yang lain mengatakan bahwa akses pada pelayanan kesehatan adalah hak setiap warga negara, tanpa melihat pemasukan dan kekayaan mereka.

Pada prakteknya, peranan negara pada pendanaan dan pengawasan pelayanan kesehatan sangat berbeda di tiap negara tergantung pada bagaimana pasar swasta berkembang untuk penjamin asuransi dan penyedia jasa dan apakah negara telah mengambil tanggung jawab untuk menjamin seluruh warga (contoh: India dan Zambia) atau lebih untuk orang miskin (contoh: Meksiko dan Thailand). Walaupun demikian, hal yang sama diantara semua negara adalah peningkatan peran negara dalam bidang kesehatan dalam abad 20, dengan negara memiliki tanggung jawab pusat dan utama untuk pelayanan kesehatan dan karena itu karena mengambil peran utama untuk pembuatan kebijakan kesehatan.

Feedback

Pembenaran utama untuk keterlibatan negara adalah:

- Kegagalan pasar
- Ketidak seimbangan informasi antara konsumen dan penyedia jasa
- Kebutuhan akan pelayanan tidak jelas dan sering kali mahal
- Mencapai keadilan sosial sehubungan dengan akses ke pelayanan kesehatan

Kritik kepada negara

Ketidakpuasan pada peran negara yang besar berlangsung selama 1980-an dan mengarah pada penilaian ulang atas perannya yang sesuai dalam sektor pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi dalam konteks resesi ekonomi dunia, meningkatkan utang pemerintah dan meningkatnya pengeluaran pemerintah. Pemerintahan konservatif meraih kekuasaan di AS dan Inggris yang mempertanyakan apa yang mereka lihat sebagai sektor publik yang menggembung dan tidak efisien melampaui area-area penting di ekonomi. Reformasi yang meliputi pembebasan perdagangan, penjualan industri-industri yang dimiliki negara, deregulasi sarana-sarana dan industri swasta serta menekan pengeluaran publik diperkenalkan. Beranjak dari ketidakpuasan pada administrasi negara secara umum, yang sering dipandang tidak dekat, tidak demokratis, tidak responsif, tidak jelas dan bahkan korup, ide untuk mengurangi peran negara ke negara-negara berpendapatan tinggi yang lain dan nanti ke negara-negara berpendapatan menengah juga. Institusi keuangan internasional, seperti World Bank dan IMF, menekan pemerintah untuk mengurangi defisit mereka dan mengontrol pengeluaran masyarakat dengan menerapkan apa yang disebut '*structural adjustment program*'. Sebagai pengganti pinjaman-pinjaman dan hibah-hibah bertarget, pemerintah berjanji untuk mereformasi perekonomian mereka secara prinsipil dengan swastanisasi dan mengurangi keterlibatan dan tanggung jawab negara, khususnya dalam pemberian pelayanan.

Dekade ini ditandai dengan perubahan global yang berpihak pada pasar, dengan skeptisme bersama-sama pada manfaat solidaritas sosial melalui tindakan pemerintah. Keruntuhan Uni Soviet lebih jauh menghilangkan kepercayaan pada ide perencanaan pusat, perekonomian yang dikendalikan negara. Anti negara, filosofi pro-pasar dipromosikan diseluruh dunia oleh agen-agen internasional dan yayasan - yayasan swasta. Mereka, sering tepat, mengklaim bahwa sektor publik terlalu sering menyediakan perlindungan daripada pelayanan, memberi pekerjaan daripada layanan dan jasa dan menggunakan kantor pemerintah untuk menjamin dukungan politik. Sebagai bukti, mereka memberi perlindungan kinerja buruk, mahal dan staf berlebihan dalam birokrasi, memberikan pelayanan yang kurang baik dengan fasilitas-fasilitas buruk.

Tren ini digambarkan di sektor kesehatan dan mengarah ke gerakan reformasi sektor kesehatan (Roberts et al. 2004). Negara dianggap gagal menyediakan pelayanan bagi semua orang, malah menaikkan tingkat pengeluaran. Tekanan politik menghasilkan pendanaan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang tidak *cost-effective*, sedangkan pelayanan yang lebih *cost-efektif* tidak tersedia. Tuntutan politik dari para elit ekonomi dan kepentingan pribadi birokrat kota menghasilkan

alokasi sumber-sumber daya yang tidak proporsional untuk fasilitas-fasilitas tersier kota yang mengesampingkan pelayanan dasar bagi sebagian besar populasi. Manajemen yang buruk menurunkan tingkat efisiensi mereka dan menyebabkan masalah seperti kurangnya penyediaan obat-obatan yang berkesinambungan. Di banyak negara miskin, sumber dana yang tidak mencukupi berarti peralatan yang buruk, tenaga kerja yang bergaji rendah, dan menetapkan arah pada kualitas pelayanan yang buruk. Para penyedia jasa publik sering meninggalkan pos-pos mereka (kadang-kadang bekerja praktek swasta yang ilegal), bermotivasi rendah, terlihat kurang tanggap dan memungut bayaran pada pasien untuk pelayanan yang dinyatakan gratis untuk semua oleh pemerintah. Orang-orang yang memerlukan pelayanan yang dibiayai publik paling sering gagal mengaksesnya sedangkan mereka yang terhubung secara politis bisa mendapatkan subsidi negara ini. Banyak orang, termasuk orang miskin di negara-negara paling miskin, pada kenyataannya sangat mengandalkan sektor swasta- pembayaran yang mengundang bencana.

Pengagasan kembali pemerintah dan reformasi sektor kesehatan

Melihat permasalahan-permasalahan luas di sektor kesehatan ini, tidaklah mengejutkan bahwa ide reformasi siap digunakan. Maksud reformasi sangat dipengaruhi oleh ideologi yang berlaku tentang peran pemerintah yang sepatutnya dan pemberian pelayanan kesehatan pemerintah. Peran negara dikurangi, ketentuan kesehatan dibuat lebih efektif dengan memperkenalkan kompetisi dan desentralisasi pengambilan keputusan dan sektor swasta dimampukan untuk mempunyai peranan yang lebih luas (Harding 2003).

Pemikiran ekonomi neo-liberal dipakai sebagai penunjang untuk mengerti akar permasalahan di sektor kesehatan dan sangat mempengaruhi gambaran peran negara yang sesuai. Dua teori dikemukakan: pilihan rakyat dan hak milik. '*Pilihan Rakyat*', dibahas di bab 2, berhubungan dengan sifat dasar pengambilan keputusan dalam pemerintahan. Dinyatakan bahwa para politikus dan para birokrat bersikap seperti pelaku lainnya dalam sistem politik, dimana mereka mengejar kepentingan mereka sendiri. Akibatnya, para politikus bisa dipastikan mempromosikan kebijakan-kebijakan yang akan memaksimalkan kesempatan mereka untuk dipilih kembali sedangkan para birokrat bisa dipastikan mencoba untuk memaksimalkan anggaran karena ukuran budget menentukan penghargaan para birokrat baik dalam hal gaji, status atau kesempatan untuk melakukan korupsi. Hasil dari insentif buruk ini, sektor publik dianggap boros dan tidak efisien serta tidak adil. Teori-teori '*hak milik*' menjelaskan kinerja buruk sektor publik melalui ketidak adaannya hak milik. Mereka menyatakan dalam sektor swasta, pemilik dari hak milik, pemilik perusahaan maupun saham, mempunyai insentif kuat untuk memaksimalkan efisiensi penggunaan sumber-sumber daya sebagai pengembalian investasi. Sebaliknya, tekanan seperti itu tidak muncul di sektor publik; para staf dapat berkinerja buruk tanpa berakibat pada diri mereka, yang menghasilkan buruknya keseluruhan kinerja sistem. Mereka mempunyai sedikit alasan untuk bekerja dengan baik karena mereka tidak mendapat keuntungan pribadi dari pencapaian tujuan kinerja, tidak seperti di bisnis. Kedua teori mengarahkan pada insentif yang memotivasi petugas-petugas negara dan bagaimana ini mempengaruhi kebijakan-kebijakan yang mereka inginkan.

Kepercayaan ini menaikan usulan untuk membatasi pemerintah – untuk sama sekali menahan pengeluaran publik – tapi juga memperkenalkan 'manajemen masyarakat yang baru' di area-area sektor kesehatan yang tidak diswastanisasi. Hal ini baru yaitu membuka pelayanan publik pada tekanan-tekanan pasar dengan membentuk pasar internal dalam sektor publik. Pasar internal dibentuk dengan memaksa para penyedia jasa publik (contoh: grup-grup dokter-dokter praktek umum) untuk berkompetisi dalam mendapatkan kontrak dari pembeli-pembeli pemerintah, ketentuan *contracting out* pelayanan dengan mengadakan tender kompetitif (contoh: untuk katering rumah sakit dan layanan kebersihan) dan pemindahan pengambilan keputusan penting pada organisasi-organisasi khususnya rumah sakit dan pemerintahan yang lebih rendah. Reformasi menciptakan agen-agen pembelian dan pengenalan pada hubungan kontrak dalam sektor publik.

Sebagai tambahan, untuk mereformasi administrasi publik, mekanisme baru untuk membiayai pelayanan kesehatan masuk pada agenda kebijakan (contoh: biaya dari kantong sendiri untuk penggunaan pelayanan), batasan-batasan para penyedia jasa swasta dihilangkan, berbagai ragam kepemilikan dalam sektor kesehatan dipacu dan dilakukan program meningkatkan tingkat pertanggung jawaban para penyedia jasa pada konsumen, pasien dan masyarakat.

Desentralisasi, reformasi populer lainnya, bertujuan mentransfer keseimbangan kekuasaan negara. Salah satu bentuknya, fungsi-fungsi yang dipegang departemen kesehatan ditransfer ke agen-agen eksekutif bentuk baru yang mengambil tanggung jawab manajemen pada level nasional (contoh: di Ghana dan Zambia). Menteri Kesehatan diharap memfokuskan diri pada kebijakan dan pengawasan. Pada kasus lain, kekuasaan ditransfer ke kabupaten atau tingkat daerah. Desentralisasi meliputi pemberian otonomi pada rumah sakit dengan memberi mereka kontrol atas budget mereka. Desentralisasi menyalurkan kekuasaan dari Departemen Kesehatan kepada organisasi lain.

Walaupun peran negara telah diperkecil di beberapa negara oleh reformasi, hampir semua setuju bahwa negara harus (dan sering memang) mempertahankan berbagai fungsi. Di satu pihak, pemerintah perlu 'mengurus' sektor ini. Pengurusan meliputi menjaga kesehatan masyarakat dengan mengembangkan kebijakan, menetapkan dan memberlakukan standar-standar, mengukur dan menetapkan prioritas-prioritas untuk alokasi sumber-sumber daya, membuat kerangka peraturan, dan mengawasi sikap para penyedia jasa. Di lain pihak, pemerintah perlu memberdayakan sektor swasta atau memastikan pendanaan yang adil sesuai ketentuan pelayanan melalui pajak atau asuransi perintah di negara-negara berpendapatan tinggi dan mentargetkan pengeluaran pemerintah kepada orang-orang miskin di negara-negara miskin.

World bank sangat berpengaruh dalam mempromosikan reformasi-reformasi ini di negara-negara berpendapatan rendah, melalui saran kebijakan dan melalui program-program pinjaman. Reformasi ini bukanlah suatu bentuk revolusi, dan mereka mempunyai berbagai hasil yang berbeda di lapangan. Walaupun sebagian besar pemerintah telah mulai reformasi, paling tidak secara retorik, beberapa dengan sukses menerapkannya. Penerapannya terkadang juga memberikan hasil yang tidak terduga. Ketika biaya pengguna pelayanan publik diperkenalkan untuk menaikkan sumber-sumber daya yang kurang sukses dalam hal ini dampaknya sering ada akibat negatif untuk penggunaan pelayanan-pelayanan esensial. Peraturan-peraturan untuk melindungi orang-orang miskin dari pemungutan biaya sulit dilakukan. Di Cina, reformasi mengurangi orang yang dilindungi oleh asuransi kesehatan. Tahun 1981, 71% dari populasi memiliki asuransi kesehatan (termasuk 48% populasi desa). Tahun 1993 angka tersebut turun menjadi 21%, dengan 7% jangkauan di desa (WHO 1999).

Kegiatan 3.2

Buatlah daftar reformasi kesehatan yang telah dibahas atau diperkenalkan selama satu dekade terakhir ini di negaramu. Periksalah apakah pembaca bisa menemukan referensi untuk reformasi-reformasi yang ada diatas dan jika memungkinkan gunakanlah Tabel 3.1. Tergantung pada pengetahuan umum akan reformasi sektor kesehatan di negaramu, pembaca mungkin perlu melakukan beberapa penelitian. Jika pembaca tinggal di negara berpendapatan menengah atau rendah, satu pendekatan untuk mengumpulkan informasi adalah dengan mengakses website World bank dimana pembaca bisa mencari analisa atau laporan proyek pinjaman (laporan penilaian staff). Jika pembaca tinggal di negara berpendapatan tinggi, pembaca bisa melihat di European Observatory on Health System and Policies (www.euro.who.int/observatory) yang meliputi beberapa negara di luar Eropa juga.

Feedback

Tidak mungkin jika pembaca mencentang 'ya' pada semua reformasi, karena isi dari reformasi berbeda di tiap negara. Walaupun, pembaca mungkin bisa mengidentifikasi beberapa sebenarnya tidak ada sistem kesehatan yang bisa bertahan tanpa tersentuh reformasi-reformasi ini.

Gerakan reformasi menggarisbawahi ide dan ideologi kekuatan dalam perubahan kebijakan. Tapi reformasi menimbulkan perlawanan penting. Beberapa penentang melakukan berdasar dasar filosofis dan ideologis. Banyak yang bertanya kurangnya bukti sebagai dasar reformasi, mereka menentang ide 'cetak biru' tanpa mempertimbangkan konteks nasional dan lokal (Lee et al. 2004). Reformasi juga sering ditentang karena biaya dan kepentingan pelaku yang mendapatkan keuntungan dari sistem yang berlaku. Akibatnya, reformasi berkelanjutan banyak yang tidak sama di berbagai negara, dengan perkembangan yang terbatas dan hasil buruk, yang meninggalkan agenda belum selesai di banyak negara (Roberts et al. 2004). Sebagian kegagalan reformasi terletak pada penekanan yang kurang proporsional pada isi teknis dari reformasi dibanding politik proses reformasi.

Tapi reformasi terus dilakukan. Di tahun 2004, sebagai contoh, pemerintahan presiden Rusia, Vladimir Putin, merancang sebuah undang-undang yang bertujuan mereformasi birokrasi kesehatannya yang menggembung dengan memberhentikan separuh (300.000) dokter dan tenaga medis dalam beberapa tahun kedepan (Osborn 2004).

Sektor berorientasi keuntungan dan kebijakan kesehatan

Tekanan pada negara di tahun 1980-an dan 1990-an memberikan kesempatan bagi sektor swasta yang berorientasi keuntungan dalam bidang kesehatan. Saat sektor swasta aktif dalam pemberian pelayanan kesehatan, biasanya kebijakan dan peraturan kesehatan kurang dipikirkan. Ini sangat mengejutkan karena sulit mengidentifikasi kebijakan-kebijakan kesehatan di mana sektor swasta tidak mempunyai kepentingan dan peran. Tapi apa sesungguhnya sektor berorientasi keuntungan itu dan bagaimana kelompok ini terlibat dalam kebijakan kesehatan? Tulisan berikut memberikan gambaran singkat atas tipe-tipe pelaku dalam bidang kesehatan dan membahas tiga cara utama dimana sektor swasta terlibat dalam kebijakan politik.

Apa itu sektor swasta?

Sektor swasta berorientasi keuntungan (atau perdagangan) mempunyai ciri orientasi pasarnya. Sektor ini mencakup organisasi yang bertujuan mendapatkan keuntungan bagi para pemiliknya. Keuntungan atau laba investasi, adalah ciri utama sektor perdagangan. Banyak perusahaan mengejar tujuan-tujuan tambahan lainnya, misal: sosial, lingkungan atau minat pekerja. Namun hal ini merupakan tambahan dan pendukung dari tujuan utama yang mementingkan keuntungan. Tanpa keuntungan dan laba bagi pemegang saham akan membuat perusahaan-perusahaan mati.

Organisasi-organisasi berorientasi keuntungan sangat berbeda. Sektor ini berisi perusahaan-perusahaan yang mungkin besar atau kecil, domestik atau multinasional. Dalam sektor kesehatan ada dokter praktek pribadi dan kelompok praktek, farmasi, produsen obat generik dan perusahaan farmasi besar, penyedia alat-alat kesehatan, dan rumah sakit swasta dan panti asuhan.

Dalam peran sektor perdagangan di kebijakan politik, ada gunanya untuk memperluas cakupan analisis dan memasukan organisasi-organisasi yang terdaftar kedalam kelompok tidak berorientasi keuntungan. Mereka mungkin mempunyai status organisasi amal tapi dibangun untuk mendukung kepentingan perusahaan atau industri perdagangan. Kelompok yang termasuk asosiasi

bisnis atau kelompok perdagangan. Sebagai contoh: baik PhRMA (American Pharmaceutical Manufacturer Association) dan BIO, Biotechnology Industri Organization, ikut serta dalam proses kebijakan kesehatan.

Banyak organisasi ilmiah yang didanai industri, kelompok penekanan (seperti kelompok pasien) dan bahkan firma hubungan masyarakat yang bekerja bagi industri adalah pelaku dalam arena kebijakan politik. Sebagai contoh: perusahaan tembakau Phillip Morris mendirikan Institute of Regulatory Policy sebagai alat untuk melobi pemerintah federal AS dan menunda penerbitan hasil laporan Environmental Protection Agency tentang lingkungan rokok (Muggli et al. 2004). International Life Sciences Institute (ILSI) didirikan tahun 1978. Pimpinan pertama institut ini melihatnya sebagai mini WHO. Institut ini menggambarkan dirinya sebagai 'Global Partnership for a Safer, Healthier world' yang menggunakan kerja sama strategis untuk mencapai solusi ilmiah bagi masalah-masalah penting dalam kesehatan masyarakat, khususnya dalam masalah seperti diet, tembakau dan alkohol. Pada saat berusaha mencitrakan diri sebagai organisasi ilmiah, pimpinan pertamanya bekerja pula sebagai wakil direktur Coca Cola Company dan pendanaannya didominasi oleh industri makanan. Sulit sekali untuk menyembunyikan bantuan sektor perdagangan dalam penelitian-penelitian dan publikasi-publikasi serta kelompok ini sebagai institusi yang ilmiah dan independen (James 2002).

Industri juga mengatur dan mendukung kelompok pasien untuk mempengaruhi keputusan pemerintah atas kebijakan kesehatan. Sebagai contoh: 'Action for Access' ditetapkan oleh Biogen di tahun 1999 untuk memaksa National Health Service Inggris menyediakan interferon beta untuk pasien multiple sclerosis (Boseley 1999). Dalam beberapa debat tentang kebijakan politik, firma hubungan masyarakat berperan penting. Firma-firma itu digunakan untuk memaparkan pandangan-pandangan industri, melalui media atau cara lain, sebagai pihak ketiga yang tidak memihak. Pada tahun 2002, lima firma hubungan masyarakat terbaik dalam pelayanan kesehatan di AS menghasilkan lebih dari 300 juta dolar AS untuk merencanakan pra-peluncuran ulasan berita tentang obat-obat baru, perkembangan penulisan resep, penerbitan jurnal-jurnal medis dan dukungan pada kelompok pasien dengan tujuan mempengaruhi kebijakan dan praktek pelayanan kesehatan (Burton dan Rowell 2003).

Kelompok kecil yang didukung oleh industri bisa juga berpengaruh dalam proses kebijakan politik. ARISE, Associates for Research into the Science of Enjoyment, mempromosikan kenikmatan rokok, alcohol, kafein dan coklat. Dengan dukungan dari perusahaan-perusahaan besar seperti British American Tobacco, Coca Cola, Philip Morris, RJR, Rothmans, Miller Beer dan Kraft, mereka menerbitkan artikel yang mempromosikan dan mendukung kebebasan konsumen sehubungan dengan makanan-makanan tersebut dan menekan regulasi di masyarakat. Satu publikasi berjudul *Bureucracy against Life: The Politicisation of Personal Choice* menyerang European Community karena membatasi pilihan pribadi dalam konteks dugaan bahaya alcohol, tembakau, kafein dan meningkatnya makanan yang dianggap paternalis.

Kegiatan 3.3

Perhatikanlah koran nasional atau internasional di bagian bisnis. Temukanlah contoh tiap tipe organisasi perdagangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan (karena barang-barang atau pelayanan-pelayanan yang mereka lakukan, promosikan, salurkan, jual atau atur). Berikanlah satu atau dua contoh untuk tiap kategori perdagangan, isu - isu kesehatan dimana mereka punya kepentingan, apa saja yang mereka produksi, salurkan, jual atau promosikan, dan hubungan antara barang-barang atau pelayanan-pelayanan ini dengan kesehatan (baik positif atau negatif). Perhatikanlah juga jika pembacabisa menemukan referensi untuk organisasi-organisasi perdagangan yang kurang formal – ini mungkin akan lebih sulit. Pembaca mungkin perlu untuk mengumpulkan koran-koran selama beberapa hari untuk mendapatkan satu contoh dari tiap-tiap tipe organisasi.

Tipe-tipe organisasi yang perlu diperhatikan adalah:

- Firma-firma kecil
- MNC, Multi National Company, atau TNC, Trans National Company
- Asosiasi bisnis
- Think tank
- Kelompok pasien
- Jaringan ilmiah perdagangan
- Firma hubungan masyarakat
- Jaringan longgar

Feedback

Penemuan seyogyanya jelas dimana banyak organisasi dan kelompok yang berhubungan dengan sektor swasta tertarik dan terlibat dalam kebijakan kesehatan dinegara kita. Hal itu mungkin juga jelas terlihat dari kliping berita bahwa organisasi-organisasi ini sangat bervariasi dalam hal ukuran (staff, penjualan atau kapitalisasi pasar – harga di pasar saham), bentuk organisasi dan kepentingannya terutama dalam kebijakan politik.

Apa yang membuat sektor swasta pelaku yang kuat dalam kebijakan politik?

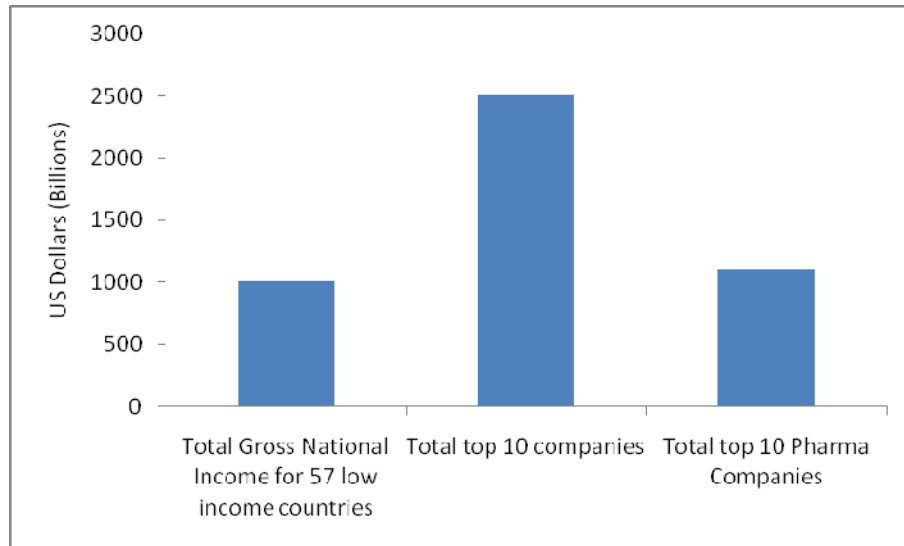
Kekuatan adalah kemampuan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Sumber-sumber daya sering memberikan kekuatan dan, dengan dasar tersebut, kekuatan beberapa industri dan firma mungkin menjadi jelas bagi kita. Dalam daftar top 100 'ekonomi' didunia, 49 diduduki oleh negara tapi 51 diduduki oleh firma-firma ketika diukur dalam kapitalisasi pasar. Gambar 3.1 membandingkan modal pasar dari 10 negara terbesar didunia, 10 perusahaan farmasi terbaik, dengan pendapatan kotor negara-negara berpendapatan rendah pada tahun 2003 – perhatikan bagaimana perusahaan-perusahaan ini mengalahkan ukuran ekonomi kolektif di negara-negara termiskin. Laba dari top 50 perusahaan farmasi dibukukan sampai 466 milyar dolar AS di tahun 2003 yang telah naik dari 296 milyar dolar AS dua tahun sebelumnya (Sellers 2004). Bandingkan besarnya penjualan perusahaan dengan budget tahunan WHO: yang hanya 1 milyar dolar AS dan tidak bertambah selama satu decade.

Perusahaan-perusahaan memberi pemerintah berupa pendapatan pajak, beberapa adalah perusahaan besar di perekonomian, dan pemerintah mendapatkan pengaruh dalam masalah-masalah internasional dengan menggunakan keistimewaan perusahaan-perusahaan besar. Karena itu pemerintah tertarik pada kesuksesan mereka. Di banyak sektor, perusahaan-perusahaan mempunyai kemampuan khusus yang diandalkan pemerintah dalam pembuat kebijakan dan peraturan. Karena alasan ini, bisnis besar dan kecil sering mempunyai peran penting dalam perdebatan kebijakan.

Bagaimana sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan?

Pada bab 1 pembedaan antara kebijakan swasta dan publik telah ditulis. Kita belajar bahwa sektor swasta mengembangkan kebijakan kesehatan – apakah menetapkan peraturan yang keras bagi para pekerjanya (contoh: cuti sakit) atau asosiasi industri membuat kebijakan untuk para anggotanya (contoh: sehubungan dengan polusi lingkungan). Hal ini adalah salah satu cara sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan, melalui *Self Regulation*. Sekarang kita akan membahas penyusunan kebijakan kesehatan swasta dengan lebih mendetail, dan ada dua mekanisme tambahan dimana sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan. Salah satunya mungkin jelas bagi kita setelah mengisi tabel 3.1, keterlibatan sektor swasta dalam pembuatan kebijakan publik. Sebagai tambahan,

sebuah bentuk baru kerjasama, disebut 'ko-regulasi', memberikan jalan tengah antara *self-regulation* dan kebijakan publik.



Gambar 3.1 Kapitalisasi pasar dari Perusahaan – Perusahaan Terbesar dibandingkan dengan GNI, Gross National Incomes, dari 57 negara berpendapatan rendah, 2003

Sumber: World Bank (2005) and Bureau Van Dijk (2005)

Self Regulation

self-regulation mengenai usaha-usaha yang dilakukan perusahaan swasta untuk membuat peraturan-peraturan dan kebijakan-kebijakan sendiri untuk beroperasi dalam area tertentu. Sebagai contoh: peraturan menyangkut bagaimana mendesain, mengelompokkan, memproduksi dan menangani barang-barang atau pelayanan-pelayanan khusus rutin dipergunakan oleh kelompok perusahaan dan industri.

Seseorang yang bisa membedakan dua tipe *self-regulation* ini. Pertama, usaha-usaha yang dibuat untuk mengatur apa yang disebut standar pasar swasta dan kedua, peraturan untuk 'standar sosial'. Dalam hal standar pasar, bagian-bagian dari produk, proses dan praktek bisnis menjadi bahan bagi *self-regulation* yang bertujuan memfasilitasi perdagangan. Standar umum membantu bisnis dengan mengurangi biaya transaksi, memastikan kesesuaian dan menciptakan kompetisi yang adil bagi semua perusahaan yang ada di pasar. Ada ribuan contoh *self-regulation* dari peraturan pembuatan iklan (yang, contohnya: mungkin melarang iklan produk-produk yang tidak sehat untuk anak-anak) untuk memberikan standar pengaturan voltase dalam peralatan medis sampai memberikan standar pada klaim secara elektronik medis.

self-regulation melalui standar sosial biasanya dilakukan karena kenaikan tingkat kekhawatiran oleh konsumen, pemegang saham, atau karena ancaman yang ditimbulkan oleh peraturan publik yang mungkin lebih berat. Inisiatif meliputi tanggung jawab sosial perusahaan, peraturan sukarela dan pelaporan inisiatif, dan beberapa program amal perusahaan. Inisiatif ini sering berpengaruh pada masalah-masalah sosial yang sudah menjadi bahan untuk (sering tidak efektif) undang-undang.

Perusahaan dan Kode pelaksanaan industri-besar mewakili satu bentuk pengaturan-sendiri yang menonjol melalui standar sosial. Peraturan sukarela meliputi berbagai praktek perusahaan yang menjadi faktor menentukan di bidang kesehatan. Tergantung pada hubungan kerjanya, kita mungkin harus menyadari peraturan sukarela yang meliputi aspek-aspek seperti kesehatan dan

keselamatan pekerjaan, gaji dan jam kerja, usia minimal pekerja dan pekerja paksa. Peraturan janji dan resiko ditetapkan rendah agar kita mampu menilai apakah dapat dipakai sebagai pengganti yang baik untuk kebijakan publik.

Cukup mudah untuk mengerti kenapa perusahaan dan industri memakai peraturan sukarela sehubungan dengan masalah sosial. Pertama, perusahaan sering mampu menciptakan materi hubungan masyarakat dan meningkatkan citra perusahaan mereka. Kedua, penggunaan awal atas peraturan bisa membedakan perusahaan dari competitor sehingga menaikkan bagian pasar mereka. Ketiga, penggunaan peraturan sehubungan dengan permintaan konsumen atau pemegang saham menunjukkan bahwa mereka mendengarkan dan bisa meningkatkan penjualan dan investasi. Tergantung pada masalahnya, peraturan bisa digunakan untuk bertahan dari boikot konsumen dan juga peraturan publik. Seperti yang bisa kita lihat, ada logika pasar untuk kode – kode aturan.

Kode peraturan-peraturan bisa baik juga untuk masyarakat. Pengenalan standar oleh satu perusahaan atau kelompok perusahaan bisa mendorong perusahaan lain untuk menggunakan standar yang serupa untuk mencegah kehilangan pasar. Dengan memicu perusahaan yang lambat, perusahaan-perusahaan terkemuka bisa mendorong standar di seluruh industri. Kedua, dalam beberapa konteks penataan peraturan sukarela mungkin lebih efektif dari pada penataan dengan undang-undang. Teorinya adalah perusahaan memakai peraturan untuk mendapatkan bagian pasar dan patuh padanya sehingga tidak kehilangan kepercayaan konsumen atau para pemegang saham. Peraturan juga bagus sebagai pembatas pengeluaran pemerintah untuk menyusun peraturan publik.

Pada awalnya, peraturan terlihat seperti menggambarkan situasi sama-sama menang. Namun penelitian lebih jauh mengungkapkan beberapa kelemahannya dalam pembuatan kebijakan swasta. Satu analis menyimpulkan bahwa 'kode peraturan pelaksanaan perusahaan diperlakukan dengan remeh dan diabaikan oleh para pimpinan opini yang terkenal dan berpengaruh diantara kelompok-kelompok pemegang saham, juga oleh analis-analis luar dan masyarakat pada umumnya' (Sethi 1999).

Kegiatan 3.4

Berdasarkan pengetahuan umum pembaca akan peraturan, kerjakan tes berikut untuk melihat apakah bisa menarik kesimpulan mengapa Sethi membuat pernyataan yang pesimis.

1. Apakah peraturan biasanya:
 - a. menyatakan prinsip secara umum; atau
 - b. memberikan standar yang khusus (contoh: indikator yang bisa dihitung dan diukur)
2. Apakah peraturan biasanya:
 - a. fokus pada masalah konsumen di negara berpendapatan tinggi (contoh: tenaga kerja anak-anak atau sisa pestisida pada buah-buahan organik); atau
 - b. masalah pekerja lokal (contoh: hak untuk menawar, penggunaan pestisida)
3. Apakah penataan peraturan mungkin:
 - a. berhubungan dengan struktur penghargaan internal dalam perusahaan (apakah ada insentif untuk memastikan bahwa peraturan diterapkan?); atau
 - b. terpisah dari struktur penghargaan, prosedur operasi, atau kebiasaan perusahaan?
4. Apakah perusahaan biasanya mempublikasikan:
 - a. proses dimana mereka mencoba menaati peraturan dan penemuan yang berhubungan dengan peraturan; atau
 - b. hanya bagian-bagian penemuan yang diinginkan
5. Apakah laporan penerapan peraturan biasanya:
 - a. tunduk pada penelitian eksternal; atau
 - b. ditangani secara internal oleh perusahaan?

Feedback

Saat ada pengecualian-kecualian atas peraturan yang tak terbantahkan, Sethi (1999) menyimpulkan bahwa kode peraturan biasanya terdiri dari pernyataan maksud yang baik, responsif pada tekanan konsumen karena itu menggarisbawahi isu - isu industri yang sensitif pada konsumen, (contoh: pakaian). Perusahaan tersebut cenderung mengabaikan yang lain. Kekurangan usaha untuk mematuhi kode dengan cara yang terpercaya dan dapat dipertanggungjawabkan. Jawaban yang benar adalah B untuk semua.

Kajian pada peraturan sukarela pemasaran farmasi menyimpulkan bahwa terdapat kekurangan transparansi dan kurang pertanggung jawaban publik karena para konsumen tidak terlibat dalam pengawasan dan pelaksanaan. Mereka mengabaikan masalah-masalah penting dan mengurangi hukuman waktu dan efektif (Lexchin dan Kawachi 1996). Serupa dengan ini, mantan direktur eksekutif WHO berpendapat bahwa *self-regulation* ini dalam produksi tembakau dan kebijakan bebas-rokok 'telah gagal' secara menyedihkan (Yach 2004).

Aspek bermasalah lain dari *self-regulation* berhubungan dengan kepercayaan atas 'komitmen' perusahaan pada pemegang saham. Melaksanakan penegakan sukarela atas prinsip tertentu sangat berbeda dari mematuhi hukum untuk memastikan hak-hak, mereka yang terpengaruh oleh operasi perusahaan. Akibatnya, *self-regulation* yang tidak baik menghasilkan kebijakan sosial 'daerah kantong' yang menangani masalah-masalah terpilih dan kelompok pekerja tertentu dalam masa kerjanya (contoh: hanya pekerja dalam wilayah kerja tertentu dan hanya pada saat mereka melakukan pekerjaannya). Beberapa pihak khawatir kalau usaha-usaha pengaturan-sendiri ini akan mengikis komitmen sosial hak-hak universal.

Singkatnya, peningkatan mekanisme *self-regulation* dilakukan oleh kelompok bisnis pada area-area yang mempengaruhi kesehatan. Pelaku-pelaku swasta terlibat dalam perumusan kebijakan, pelaksanaan dan penerapan, sering tanpa mengacu pada negara. Kebijakan swasta mungkin dapat mempromosikan kesehatan, ini mungkin juga mempunyai akibat buruk. Sebagai akibat kebutuhan akan peraturan publik tetap ada – dan tidak mengherankan – jika sektor swasta punya andil dalam kebijakan publik – sebuah topik baru yang saat ini dihadapi.

Sektor swasta dan kebijakan publik

Pada bab selanjutnya kita akan belajar lebih tentang bagaimana pemerintah membuat dan menerapkan kebijakan publik – dan ada contoh untuk menggambarkan keterlibatan sektor swasta dalam prosesnya. Sektor swasta sering terpengaruh oleh kebijakan publik, akibatnya mereka mencoba mempengaruhi isi kebijakan tersebut. Sektor swasta mempunyai pengaruh dalam berbagai cara. Perusahaan-perusahaan sering menyediakan dana untuk partai politik dan untuk kampanye politik dengan harapan bahwa saat partai dan politisi tersebut terpilih, mereka akan lebih merespons permintaan perusahaan-perusahaan agar dapat terlibat dalam proses kebijakan.

Organisasi-organisasi swasta juga melobi untuk atau melawan kebijakan tertentu. Pengaruh juga bisa didapat melalui keterlibatan perusahaan dalam kepanitiaan pemerintah dan kelompok kerja. Terlebih lagi, eksekutif perusahaan juga berkompetisi untuk posisi di kantor pemerintahan. Jika berhasil, bisa mengambil posisi yang sejalan dengan kepentingan bisnis.

Ko-regulasi

Ko-regulasi memberikan "jalan ketiga" antara undang-undang dan peraturan-sendiri. Ini mungkin dianggap sebagai keterlibatan sektor publik dalam pengaturan-sendiri oleh kelompok bisnis. Idanya adalah pemerintah dan sektor swasta akan bernegosiasi atas serangkaian kebijakan

yang disetujui atau tujuan peraturan. Kemudian, sektor swasta akan mengambil tanggung jawab atas penerapan ketentuan tersebut. Pelaksanaan pengawasan tetap menjadi tanggung jawab masyarakat atau diserahkan pada pihak ketiga – kadang-kadang pada LSM pengawas. Gagasan Ko-regulasi sering melibatkan kerjasama antara masyarakat, swasta dan pelaku sosial masyarakat.

Ko-regulasi merupakan hal yang baru, dengan pengalaman terbatas di level nasional dan internasional. Sebagai contoh: di Inggris, Advertising Standards Authority mempunyai sanksi untuk melawan iklan-iklan menyesatkan yang didukung oleh undang-undang dari Office of Fair Trading yang bisa menjamin keputusan Pengadilan Tinggi untuk mencegah perusahaan menerbitkan iklan yang sama atau serupa. Dengan kata lain, dukungan undang-undang memberi kekuatan pada peraturan pengaturan-sendiri. Uni Eropa juga membuat percobaan dengan ko-regulasi khususnya sehubungan dengan internet, jurnalisme dan *e-commerce*.

Rangkuman

Pada bab ini kita telah belajar mengapa negara dianggap sebagai pelaku terpenting dalam pembuatan kebijakan. Meskipun penting untuk memahami peran negara dalam pembuatan kebijakan, namun analisis yang dipusatkan seluruhnya pada negara tidak cukup. Hal ini terjadi karena peran negara telah berubah dan sektor swasta sekarang berperan lebih menonjol dalam pembuatan kebijakan kesehatan – secara independen atau bekerja sama dengan negara.

Referensi

- Boseley S (1999). Drug firm asks public to insist NHS buy its product. *The Guardian*. 29 September
- Bureau Van Dijk. Osiris database, Dow Jones Global Index, latest company information. Accessed at: <http://osiris.bvdep.com>, 2 March 2005
- Burton B dan Rowell A (2003). Unhealthy spin. *British Medical Journal* 326: 1205-7
- Financial Times (2000). *Human Development Report 2000*. FT500, 4 May
- Harding A (2003). Introduction to private participation in health services. In Harding A dan Preker AS (eds) *Private Participation in Health Services*. Washington, DC: The World Bank, pp. 7-74
- James JE (2002). Third-party threat to research integrity in public-private partnership. *Addiction* 97: 1251-5
- Lee K, Buse K dan Fustukian S (eds) (2002). *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press
- Lexchin J dan Kawachi I (1996). Voluntary codes of pharmaceutical marketing: controlling promotion or licencing deception? In Davis P (ed.) *Contested Ground: Public Purpose and Private Interest in the Regulation of Prescription Drugs*. New York: Oxford University Press, pp. 221-35
- Mills AJ dan Ranson MK (2005). The design of health systems. In Merson MH, Black RE dan Mills AJ (eds). *International Public Health: Disease, Programs, Systems and Policies*. Subury MA: Jones and Bartlett
- Muggli ME, Hurt RD, dan Repace J (2004). The tobacco industry's political efforts to detail the EPA report on ET. *American Journal of Preventive Medicine*. 26(2): 167-77
- Osborn A (2004). Half of Rusia's doctors face sack in healthcare reforms. *British Medical Journal* 328(7448): 1092
- Perkins D dan Roemer M (1991). *The Reform of Economic System in Developing Countries*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P dan Reich MR (2004). *Getting Health Reform Right: A guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press.
- Seller RJ (2004). PharmExec 50. *Pharmaceutical Executive*. May: 61-70
- Sethi PS (1999). Codes of conduct for multinational corporation: an idea whose time has come. *Business and Society Review* 104(3): 225-41

WHO (1999). *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: WHO

World Bank (2005). *World Development Report 2005: A Better Investment Climate for Everyone*. Washington, DC: World Bank. Available at http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/wdr2005_selected_indicators.pdf, accessed 15 March 2005

Yach D (2004). Politics and health. *Development* 47(2): 5-10

Chapter 4

Penentuan Agenda

Gambaran umum

Bab ini membahas bagaimana pokok persoalan diidentifikasi sebagai dasar kebijakan. Mengapa beberapa pokok persoalan mendapatkan perhatian yang sama dengan tindakan semacam yang kemungkinan besar akan diambil? Proses kebijakan menurut 'model bertingkat' sederhana proses kebijakan yang dibahas dalam Bab 1, identifikasi masalah adalah langkah pertama dalam proses perubahan dan penerapan kebijakan. Meskipun demikian, menjelaskan bagaimana dan mengapa beberapa pokok persoalan menjadi mencolok di mata para pembuat kebijakan sementara pokok-pokok persoalan lain hilang dari pandangan dapat menjadi sesuatu yang sangat sulit dilakukan. Dalam Bab 1, kebijakan kesehatan dipandang dari sisi segitiga yang penjelasannya seringkali berhubungan dengan perubahan dalam konteks kebijakan yang memungkinkan mereka-mereka yang berada di antara para pelaku kebijakan yang berkaitan dengan perubahan kebijakan tersebut untuk membujuk pelaku kebijakan lain untuk mengambil tindakan. Bab ini akan berfokus pada pembuatan kebijakan pemerintah dan mengapa pemerintah memilih untuk menindaklanjuti beberapa pokok persoalan dan mengabaikan yang lain. Bab ini juga membahas berbagai kelompok kepentingan yang berkontribusi terhadap penentuan agenda dan memberi perhatian khusus pada peran media massa karena media massa sering memainkan peran penting dalam pengenalan pokok persoalan.

Tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, Pembaca akan lebih mampu untuk:

- mendefinisikan apa yang dimaksud dengan *agenda kebijakan*
- memahami berbagai penjelasan mengenai bagaimana pokok persoalan dapat dimasukkan dalam agenda kebijakan dan bagaimana pokok-pokok persoalan tertentu memperoleh prioritas dalam pengembangan kebijakan dibandingkan dengan pokok-pokok persoalan lain
- membandingkan peran masing-masing kelompok kepentingan dalam menentukan agenda kebijakan

Istilah

Penentuan agenda: Proses di mana pokok-pokok persoalan tertentu, dari sekian banyak pokok persoalan yang potensial untuk menjadi perhatian para pembuat kebijakan, masuk dalam agenda kebijakan.

Kelayakan: Karakteristik pokok persoalan yang memiliki pemecahan praktis.

Keabsahan: Karakteristik pokok persoalan yang oleh para pembuat kebijakan dianggap layak untuk ditindaklanjuti oleh pemerintah.

Agenda kebijakan: Daftar pokok persoalan yang diberi perhatian serius oleh suatu organisasi pada suatu waktu tertentu dengan maksud untuk mengambil tindakan yang diperlukan.

Alur kebijakan: Seperangkat solusi atau alternatif kebijakan yang mungkin, yang dikembangkan oleh para ahli, politisi, birokrat dan kelompok kepentingan, bersama-sama dengan kegiatan-kegiatan dari mereka yang tertarik pada pilihan-pilihan ini (misalnya, perdebatan di antara para peneliti).

Jendela kebijakan: Saat-saat munculnya kesempatan untuk memasukkan sebuah pokok persoalan ke dalam agenda kebijakan dan untuk menanggapi dengan serius dengan maksud untuk mengambil tindakan.

Alur politik: Peristiwa-peristiwa politik seperti pergeseran suasana nasional atau opini publik, pemilihan umum dan perubahan dalam pemerintahan, pemberontakan-pemberontakan sosial, demonstrasi dan berbagai kampanye yang dilakukan oleh berbagai kelompok kepentingan.

Alur masalah: Indikator-indikator skala dan makna sebuah pokok persoalan yang membuatnya terlihat.

Dukungan: Karakteristik pokok persoalan yang diinginkan oleh publik dan kepentingan-kepentingan politik kunci yang lain untuk ditanggapi.

Apakah agenda kebijakan itu?

Kata 'agenda' dapat digunakan dalam sejumlah cara yang berbeda, contohnya, untuk mendeskripsikan urutan urusan yang harus dilakukan dalam suatu pertemuan komite. Di waktu-waktu lain, orang dituduh memiliki 'agenda tersembunyi', yang berarti bahwa mereka memiliki maksud tersembunyi dengan tindakan-tindakan mereka. Dalam kaitannya dengan pembuatan kebijakan, istilah agenda berarti:

daftar pokok permasalahan yang pada waktu tertentu diberi perhatian serius oleh para pejabat pemerintah dan orang-orang di luar pemerintahan yang terkait erat dengan para pejabat tersebut ... Di luar semua pokok permasalahan yang terpikirkan dan yang diperhatikan, faktanya para pejabat menganggap beberapa permasalahan lebih penting daripada yang lain. (Kingdon, 1984).

Kegiatan 4.1

Buatlah daftar mengenai beberapa pokok permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan yang Pembaca ketahui telah menjadi perhatian serius bagi pemerintah di negara Pembaca. Apabila Pembaca tidak dapat menyebutkannya sama sekali, carilah dalam surat-surat kabar yang telah terbit selama beberapa bulan terakhir untuk mencari tahu pokok persoalan dan kebijakan kesehatan apa saja yang muncul dan telah dibuat.

Feed Back

Dari berbagai pokok persoalan potensial yang terkait dengan kesehatan yang bisa menjadi perhatian pemerintah, biasanya ada daftar singkat topik 'panas' yang dibahas secara aktif. Contohnya, pemerintah mungkin mencemaskan masalah kesehatan para pendatang baru, perekrutan dan penempatan perawat di rumah sakit, tingkat imunisasi di daerah pedesaan terpencil, tren baru dalam penyakit menular seksual yang cenderung meningkat dan obat-obatan apa yang bisa diresepkan oleh perawat di unit pelayanan kesehatan dasar.

Kegiatan 4.2

Menurut Pembaca, mengapa pokok persoalan atau masalah-masalah semacam ini diprioritaskan? Buatlah daftar alasan yang mungkin.

Feed Back

Pembaca mungkin memberikan alasan seperti jumlah orang yang terpengaruh oleh pokok-pokok persoalan kesehatan; dampak kesehatan dari, katakanlah suatu penyakit atau cepatnya peningkatan kasus; tekanan dari kelompok yang berpengaruh atau dari masyarakat; kritik dari politisi lawan atau dari salah satu badan internasional; penerbitan laporan penelitian yang menyoroti atau membahas pokok-pokok persoalan tersebut dengan cara yang berbeda; penunjukkan Menteri Kesehatan yang baru atau perubahan dalam pemerintahan; dsb. Faktor-faktor ini juga faktor-faktor lain akan dibahas secara lebih terstruktur dalam bab ini.

Jelas sekali bahwa daftar masalah yang sedang dibahas berbeda dari satu departemen pemerintahan ke departemen pemerintahan lain. Presiden atau perdana menteri akan mempertimbangkan hal-hal utama seperti situasi ekonomi atau hubungan dengan negara-negara lain. Menteri dan Departemen Kesehatan akan memiliki agenda yang lebih khusus yang mungkin akan memasukkan beberapa pokok persoalan 'politik tingkat tinggi', seperti apakah sistem asuransi kesehatan nasional harus ditetapkan atau tidak, juga pokok-pokok persoalan 'politik tingkat rendah' seperti apakah obat-obatan tertentu harus memperoleh persetujuan sebelum digunakan atau tidak, dan apabila iya, apakah obat-obatan tersebut bisa diganti pembayarannya sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang dibiayai publik atau tidak.

Mengapa pokok persoalan masuk dalam agenda kebijakan?

Kadang-kadang terlihat sangat jelas alasan mengapa para pembuat kebijakan secara serius membahas pokok-pokok persoalan tertentu dan kemudian bertindak sesuai dengan pemahaman mereka terhadap pokok-pokok persoalan tersebut. Contohnya, apabila sebuah negara diserang, pemerintahnya akan dengan cepat menganggap hal ini sebagai masalah yang memerlukan respons. Pemerintah negara tersebut kemudian akan bertindak untuk memobilisasi angkatan bersenjata dalam upayanya untuk memukul mundur para penyerang tersebut. Namun tindakan dan reaksi terhadap krisis semacam ini bukanlah ciri dari kebanyakan pembuatan kebijakan. Grindle dan Thomas (1991) menyatakan, sebagian besar pembuatan kebijakan merupakan 'perubahan politik biasa': sebuah respons terhadap rutinitas, masalah sehari-hari yang membutuhkan pemecahan. Mengingat bahwa selalu ada lebih banyak masalah-masalah publik daripada waktu, tenaga dan sumber-sumber daya pemerintah yang tersedia yang bisa digunakan untuk menangani masalah-masalah tersebut, dari mana datangnya dorongan perubahan atau respons terhadap masalah tertentu kalau tidak ada krisis (jelas sekali bahwa apa yang dilihat sebagai 'krisis' berbeda dari satu tempat ke tempat lain dan waktu ke waktu)? Beberapa penjelasan mengenai bagaimana dan mengapa beberapa pokok persoalan ditanggapi secara serius oleh para pejabat pemerintah meskipun tidak ada krisis yang tampak telah dikemukakan.

Penentuan agenda dalam keadaan politik biasa

Penjelasan awal mengenai hal-hal yang merupakan masalah publik yang berlawanan dengan sesuatu yang harus dihadapi sendiri oleh individu dan keluarga, mengasumsikan bahwa masalah muncul murni secara obyektif dan hanya menunggu untuk dikenali oleh pemerintah yang bertindak secara rasional, contohnya, karena masalah tersebut mengancam kesejahteraan penduduk. Menurut penjelasan ini, pemerintah akan secara aktif mengamati perkembangannya dan pokok-pokok persoalan yang paling 'penting' akan menjadi subyek perhatian politik (misalnya, dalam bidang kesehatan, pemerintah akan berfokus pada penyakit-penyakit yang menyebabkan angka kematian atau kecacatan tertinggi). Salah satu versi yang lebih rumit dalam pendekatan semacam ini menyatakan bahwa apa yang membuat sebuah pokok persoalan bisa masuk dalam agenda kebijakan lebih merupakan fungsi perubahan jangka panjang dalam situasi sosio-ekonomi yang menghasilkan masalah-masalah yang pada akhirnya harus ditanggapi oleh pemerintah bahkan jika tidak ada

penilaian yang sistematis mengenai masalah-masalah kebijakan yang potensial. Dari sudut pandang ini, negara-negara yang jumlah penduduknya memiliki penduduk usia lanjut lebih banyak, pada akhirnya harus merespons dampaknya terhadap dana pensiun, pelayanan kesehatan, perawatan jangka panjang, transportasi, dsb.

Belakangan, ahli ilmu politik dan sosiolog berargumen bahwa bagi pemerintah menganggap sesuatu sebagai masalah lebih dari sekedar suatu proses sosial yang mencakup pendefinisian mengenai apa yang 'normal' dalam masyarakat dan apa yang merupakan penyimpangan yang tidak bisa diterima dari posisi tersebut (Berger dan Luckman, 1975). Cara pandang ini menarik perhatian orang pada ideologi dan asumsi mengenai bagaimana pemerintah menjalankan kewajibannya dan bagaimana mereka membentuk apa yang didefinisikan sebagai pokok persoalan yang memerlukan perhatian, juga mengenai bagaimana pokok persoalan ini ditanggapi. Cara dan bentuk pemahaman masalah mempengaruhi bagaimana masalah tersebut pada akhirnya akan ditangani oleh para pembuat kebijakan (Cobb dan Elder, 1983). Jadi, contohnya, masalah yang dianggap oleh media berkaitan dengan orang-orang yang mengalami gangguan jiwa dan yang berhubungan erat dengan risiko yang mereka timbulkan bagi diri mereka sendiri dan orang lain, akan memiliki konsekuensi yang berbeda apabila dinyatakan sebagai salah satu cara untuk melindungi masyarakat dari ancaman kekerasan yang dilakukan oleh orang-orang yang mengalami gangguan jiwa. Dalam skenario yang mana pun, kasus dan kelaziman istilah gangguan kejiwaan merupakan pertimbangan utama untuk menentukan apakah masalah tersebut akan ditanggapi secara serius atau tidak.

Cara pandang ini juga beranggapan bahwa setiap orang semestinya akan sependapat mengenai bagaimana sebuah fenomena seharusnya dirumuskan (dengan kata lain, masalah semacam apakah ini?) dan apakah masalah tersebut memerlukan tidak lanjut pemerintah atau tidak. Para aktor kebijakan-kebijakan penting dapat berselisih dan bersaing dalam usaha mereka untuk membujuk pemerintah tidak hanya untuk memasukkan suatu pokok persoalan dalam agenda tapi juga untuk menggunakan cara mereka dalam membeberkan dan menangani masalah tersebut.

Ada sejumlah model teoritis penentuan agenda. Dua yang paling menonjol dan paling sering digunakan akan dijelaskan di bawah ini.

Model Hall: keabsahan, kelayakan dan dukungan

Pendekatan ini menyatakan bahwa sebuah pokok persoalan dan kemungkinan responnya akan masuk dalam agenda pemerintah hanya ketika pokok persoalan beserta respons tersebut memiliki keabsahan, kelayakan dan dukungan yang tinggi. Hall dan koleganya memberikan sebuah model yang sederhana dan mudah diterapkan untuk menganalisis pokok-pokok persoalan mana yang mungkin akan diperhatikan oleh pemerintah (Hall et al., 1975).

Keabsahan

Keabsahan merupakan karakteristik pokok persoalan yang dipercayai pemerintah sebagai sesuatu yang harus mereka pedulikan dan sesuatu di mana mereka berhak atau bahkan berkewajiban untuk campur tangan. Pada satu titik tertentu, sebagian besar anggota masyarakat, baik dulu maupun sekarang berharap bahwa pemerintah akan terus menegakkan hukum tata tertib dan mempertahankan negara dari segala bentuk serangan. Hal ini akan diterima secara luas sebagai kegiatan negara yang sah.

Kegiatan 4.3

Kebijakan dan program pemerintah yang berhubungan dengan kesehatan yang mana yang tingkat keabsahannya sangat tinggi?

Feed Back

Mungkin peran pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan yang paling dapat diterima adalah untuk bertindak guna mengurangi risiko penyakit menular yang berjangkit dan menyebar di masyarakat. Peran yang lain adalah sebagai pengatur polusi. Bahkan di area ini, biasanya selalu ada perdebatan mengenai sifat dan batasan yang tepat dari tindakan-tindakan pemerintah.

Meskipun demikian, ada banyak area lain bahwa keabsahan sering menimbulkan perdebatan. Keabsahan sangat bervariasi antara negara satu dengan negara lainnya dan berubah-ubah dari waktu ke waktu. Hal-hal yang di masa lalu tidak dilihat sebagai wilayah peraturan pemerintah (misalnya, larangan merokok di tempat kerja) sekarang telah berangsur-angsur dianggap sah dan sebaliknya (misalnya, penundaan undang-undang yang melarang aktivitas homoseksual). Biasanya, pada saat-saat ancaman dari luar dirasakan, masyarakat dan para politisi akan lebih bersedia untuk menekan kebebasan pribadi karena mereka percaya bahwa tindakan semacam ini akan melindungi negara dari kerusakan yang lebih parah.

Kelayakan

Kelayakan mengacu pada kemungkinan untuk menerapkan kebijakan. Kelayakan didefinisikan sebagai pengetahuan teknis dan teoritis umum, sumber daya, ketersediaan staf ahli, kemampuan administrasi dan keberadaan infrastruktur pemerintah. Mungkin akan ada keterbatasan teknologi, keuangan atau tenaga kerja yang menyebabkan suatu kebijakan tertentu tidak bisa diterapkan, tidak peduli bagaimanapun layaknya kebijakan tersebut.

Kegiatan 4.4

Kebijakan apa yang ingin Pembaca berlakukan dalam sistem kesehatan di negara Pembaca namun terhalang masalah kelayakan?

Feed Back

Pembaca mungkin telah mengajukan berbagai macam usulan. Salah satu yang umum adalah dalam hal pencapaian kesetaraan geografis dalam penyediaan layanan kesehatan tanpa memandang keberatan para pekerja profesional di bidang pelayanan kesehatan untuk bekerja di daerah yang kurang diminati seperti daerah pedesaan terpencil. Masalah kelayakan umum lain terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan di negara-negara berpendapatan rendah. Pemerintah negara-negara tersebut mungkin ingin memberlakukan pembiayaan publik yang lebih besar dalam sistem pelayanan kesehatan mereka namun, seringkali mereka tidak punya sistem perpajakan yang kuat untuk menaikkan pendapatan mereka karena ada banyak sekali orang yang bekerja di sektor informal ekonomi.

Dukungan

Akhirnya, *dukungan* mengacu pada pokok persoalan yang menyangkut dukungan masyarakat terhadap pemerintah yang sulit dipahami namun penting, setidaknya menyangkut pokok persoalan yang sedang dibicarakan. Jelaslah bahwa, dibandingkan dengan pemerintahan demokratis, rezim yang lebih otoriter dan tidak terpilih melalui pemilihan umum tidak bergantung

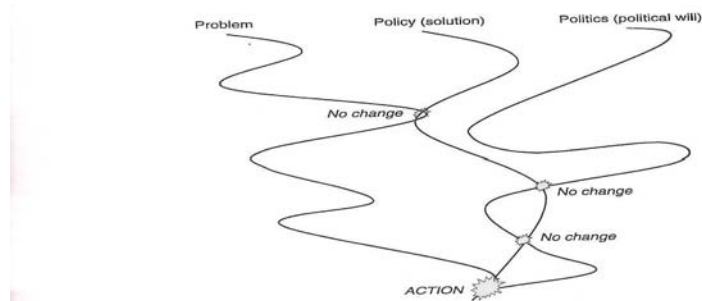
pada dukungan masyarakat. Namun demikian, bahkan diktator sekalipun harus memastikan bahwa ada dukungan terhadap kebijakan-kebijakan mereka dari kelompok-kelompok kunci, seperti pada angkatan bersenjata. Apabila tidak ada dukungan atau apabila ketidakpuasan terhadap pemerintah secara keseluruhan sangat tinggi, akan sangat sulit bagi sebuah pemerintahan untuk memasukkan suatu pokok permasalahan dalam agenda dan melakukan apapun (lihat model sistem politik Easton di Bab 3).

Jadi jalan pemikiran model Hall adalah bahwa pemerintah akan memperkirakan apakah sebuah pokok persoalan ada pada titik terjauh atau terdekat dari ketiga garis kesatuan keabsahan, kelayakan dan dukungan. Apabila sebuah pokok persoalan memiliki tingkat keabsahan yang tinggi (pemerintah dianggap berhak untuk turut campur), tingkat kelayakan yang tinggi (adanya sumber daya, staf, infrastruktur yang memadai) dan dukungan yang besar (kelompok-kelompok kepentingan yang terpenting mendukung – atau setidaknya tidak menghalangi), maka kemungkinan pokok persoalan tersebut untuk masuk dalam agenda and sesudahnya dibahas dengan selayaknya akan meningkat.

Tentu saja, hal ini tidak menyingkirkan alasan-alasan yang lebih taktis yang bisa membuat sebuah pokok persoalan masuk dalam agenda. Kadang-kadang, pemerintah akan menyatakan posisinya terhadap suatu pokok persoalan tertentu secara terbuka untuk menunjukkan bahwa mereka peduli, atau untuk menenangkan para pendonor yang menuntut respons sebagai syarat pemberian bantuan, atau untuk membingungkan lawan-lawan politik mereka, bahkan ketika mereka tidak berharap untuk bisa menerjemahkan keprihatinan mereka menjadi kebijakan yang bisa diterapkan karena rendahnya tingkat kelayakan dan dukungan terhadap kebijakan tersebut.

Model Kingdon: jendela politik dan tiga alur proses politik

Pendekatan John Kingdon (1984) berfokus pada peran para pembuat kebijakan di dalam dan di luar pemerintahan dengan mengambil keuntungan dari kesempatan-kesempatan penentuan agenda – yang disebut *jendela kebijakan* – untuk memasukkan hal-hal tertentu ke dalam agenda formal pemerintah. Model ini menunjukkan bahwa karakteristik sebuah pokok persoalan berkombinasi dengan sifat-sifat institusi dan situasi politik, dan bersama dengan perkembangan solusi-solusi politik dalam sebuah proses yang dapat menyebabkan terbuka atau tertutupnya jendela kesempatan untuk memasukkan sebuah pokok persoalan ke dalam agenda. Kingdon menggambarkan pemunculan kebijakan melalui tiga ‘alur’ atau proses yang terpisah yaitu *alur masalah*, *alur politik*, dan *alur kebijakan*. Kebijakan hanya akan dianggap serius oleh pemerintah ketika ketiga alur tersebut berjalan bersamaan (Gambar 4.1). ‘Jendela’ Kingdon merupakan metafora dari ‘jendela’ peluncuran yang ada di pesawat ruang angkasa. Peluncuran roket hanya dapat dilakukan apabila semua kondisi memenuhi syarat.



Gambar 4.1 Model tiga alur penentuan agenda menurut Kingdon
Sumber: Diadaptasi dari Kingdon (1984)

Tiga alur proses politik

Alur masalah mengacu pada persepsi yang menganggap masalah sebagai urusan publik yang memerlukan tindakan pemerintah dan dipengaruhi oleh usaha-usaha yang sebelumnya telah dilakukan oleh pemerintah untuk menanggapi masalah tersebut. Para pejabat pemerintah mengetahui tentang masalah atau keadaan sosio-ekonomi lewat indikator, umpan-balik dari program-program yang sudah ada, kelompok-kelompok penekan atau kejadian-kejadian yang jelas dan tiba-tiba seperti krisis. Indikator bisa mencakup statistik kesehatan rutin, contohnya, statistik yang menunjukkan peningkatan angka obesitas (kegemukan) pada anak-anak atau munculnya kembali TB (*tuberculosis*) dalam masyarakat yang sebelumnya sudah dianggap terbebas dari penyakit tersebut. Meskipun demikian, fakta-fakta seperti ini jarang, dapat juga dianggap tidak pernah, 'muncul dengan sendirinya' dan langsung mendapatkan tanggapan (lihat Bab 9 untuk penjelasan lebih lanjut mengenai hubungan penelitian dan kebijakan).

Alur kebijakan terdiri dari analisis yang berkesinambungan terhadap masalah dan solusi-solusi yang ditawarkan bersama-sama dengan perdebatan yang mengelilingi masalah tersebut dan kemungkinan tanggapan terhadapnya. Dalam alur gagasan ini, sejumlah kemungkinan dikaji dan, sesekali mungkin akan semakin dipersempit atau dikembangkan. Agar sebuah gagasan atau pemecahan masalah dapat muncul ke permukaan, gagasan atau pemecahan masalah tersebut harus layak secara teknis, konsisten dengan nilai-nilai sosial yang dominan, dapat menangani berbagai kendala yang berhubungan dengan kelayakan di masa depan (seperti kendala keuangan dan staf), dapat diterima secara umum dan harus memberikan gema pada para politisi.

Alur politik berjalan secara cukup terpisah dari kedua alur yang lain dan terdiri dari kejadian-kejadian seperti perubahan suasana hati nasional, perubahan dalam pemerintahan dan kampanye-kampanye yang dilakukan oleh kelompok-kelompok kepentingan tertentu.

Kingdon mengidentifikasi peserta yang kelihatan maupun tidak kelihatan yang mempengaruhi datangnya ketiga alur tersebut secara bersamaan. Peserta yang kelihatan merupakan kepentingan-kepentingan terorganisir yang menyoroti satu masalah spesifik, mengajukan pendapat tertentu, menawarkan sebuah pemecahan masalah dan menggunakan media massa untuk mendapatkan perhatian. Peserta yang kelihatan, mungkin berada di dalam atau di luar pemerintahan. Contohnya, seorang presiden atau perdana menteri yang baru diangkat mungkin merupakan penentu agenda yang kuat karena ia baru saja dipilih dan mendapat keuntungan dari keraguan para pemilihnya. Peserta yang tidak kelihatan kemungkinan besar adalah mereka yang ahli dibidangnya masing-masing – peneliti, akademisi dan konsultan yang utamanya bekerja dalam jalur politik – mengembangkan dan menawarkan berbagai pilihan pemecahan masalah yang mungkin masuk dalam agenda. Peserta yang tidak kelihatan mungkin memainkan peran dalam memasukkan pokok persoalan ke dalam agenda, khususnya apabila mereka bekerja bersama media massa. Universitas, yang saling berkompetisi satu sama lain untuk mendapatkan dana penelitian, semakin mendorong para staf mereka untuk mempublikasikan hasil penelitian mereka di media massa. Hal ini berarti bahwa sejumlah akademisi telah beralih dari peran sebagai peserta yang tidak kelihatan menjadi peserta yang lebih terlihat dalam proses penentuan agenda.

Jendela kebijakan

Menurut model Kingdon, ketiga alur tersebut di atas bekerja di sepanjang alur yang berbeda dan tidak saling terkait sampai saat tertentu yang merupakan *jendela kebijakan*, ketika mereka mengalir bersamaan atau saling berpotongan. Hal ini terjadi ketika pokok persoalan baru masuk dalam agenda dan kebijakan kemungkinan besar akan berubah. Akibatnya, kebijakan tidak masuk dalam agenda sesuai dengan serangkaian tahapan yang masuk akal. Ketiga alur tersebut mengalir secara bersamaan, masing-masing dengan caranya sendiri, sampai mereka bertemu di titik

di mana sebuah pokok persoalan kemungkinan akan ditanggapi secara serius oleh para pembuat keputusan. Pertemuan antara ketiga alur ini tidak bisa direkayasa atau diprediksikan dengan mudah.

Kegiatan 4.5

Kemukakan alasan-alasan yang mungkin mengapa ketiga alur tersebut bisa bertemu dan mengakibatkan masuknya sebuah masalah ke dalam agenda kebijakan. Tentukan letak masing-masing alasan dalam salah satu dari ketiga alur yang dinyatakan oleh Kingdon.

Feed Back

Alasan-alasan utama mengapa ketiga alur tersebut di atas bisa bertemu dan membuka jendela kebijakan meliputi:

- aktivitas para pemain kunci dalam *alur politik* yang bekerja untuk menghubungkan ‘pemecahan masalah’ untuk kebijakan tertentu dengan masalah-masalah tertentu, dan pada saat yang bersamaan menciptakan kesempatan politik yang digunakan untuk mengambil tindakan. Orang-orang ini dikenal sebagai *pengusaha kebijakan* karena aktivitas mereka merupakan versi politik dari aktivitas untuk menarik pembeli, penjual dan komoditas secara bersamaan sehingga proses jual-beli maju dengan pesat
- perhatian media pada suatu masalah dan kemungkinan pemecahan-pemecahannya (*alur kebijakan* mempengaruhi *alur politik*)
- krisis seperti kegagalan serius dalam kualitas atau keselamatan layanan atau kejadian-kejadian lain yang tidak bisa diprediksi (*alur masalah*)
- penyebarluasan hasil penelitian-penelitian utama (*alur kebijakan* yang mungkin mempengaruhi *alur kebijakan* lain)
- perubahan dalam pemerintahan setelah pemilihan umum atau peristiwa penting lain yang formal dan biasa terjadi dalam suatu proses politik (misalnya, anggaran) (*alur politik*)

Jadi, pada kenyataannya, peserta proses politik jarang sekali bergerak dari pengidentifikasian masalah ke pencarian pemecahannya. Serangkaian tindakan alternatif dihasilkan dalam alur kebijakan dan bisa dikembangkan oleh para ahli atau ditawarkan untuk waktu yang lama sebelum munculnya kesempatan (terbukanya jendela kebijakan) untuk memasukkan pokok persoalan terkait dan pemecahan-pemecahannya ke dalam agenda.

Kedua model yang baru saja Pembaca pelajari sangat berguna karena keduanya bisa diterapkan dalam berbagai kebijakan kesehatan, termasuk yang diterapkan di negara Pembaca sendiri. Keduanya semestinya dapat membantu memberi penjelasan mengenai mengapa suatu pokok persoalan tertentu ada dalam agenda kebijakan, atau mengapa pokok persoalan tersebut tidak sampai ke agenda kebijakan.

Kegiatan 4.6

Bacalah laporan berikut, yang dibuat oleh Reich (1994), yang menggambarkan pemberlakuan kebijakan obat-obatan yang diperlukan di Bangladesh. Gunakan kedua model di atas untuk menjelaskan kejadian-kejadian yang terjadi dalam studi kasus ini.

Pemasukan masalah obat-obatan yang diperlukan ke dalam agenda kebijakan di Bangladesh

Letnan Jenderal dan Kepala Staf Angkatan Darat HM Ershad mengambil alih kekuasaan dalam sebuah kudeta politik di Bangladesh pada tahun 1982. Empat minggu setelah kudeta, ia telah membentuk komite yang terdiri dari delapan orang ahli yang bertugas untuk menangani masalah-masalah di bidang produksi, distribusi, dan penggunaan produk-produk farmasi yang sedang hangat dibicarakan. Kurang dari tiga bulan kemudian, tahun 1982, Ordonansi (Pengawasan) Bangladesh – *Bangladesh (Control) Ordinance* – ditetapkan sebagai Deklarasi oleh Ershad berdasarkan seperangkat pedoman yang terdiri dari 16 butir petunjuk yang akan mengatur sektor farmasi. Tujuan utama Ordonansi ini adalah untuk membagi ‘penyediaan devisa negara yang dilakukan melalui produksi dan/atau pengimporan obat-obatan yang tidak perlu atau yang bernilai kecil’ menjadi dua. Kebijakan obat-obatan diterapkan baik di sektor swasta maupun sektor publik dan menghasilkan rumusan nasional terbatas 150 jenis obat-obatan yang diperlukan, ditambah 100 jenis obat-obatan tambahan yang dipergunakan secara khusus yang dapat diproduksi dengan biaya yang relatif rendah. Lebih dari 1.600 produk yang dianggap ‘tidak berguna, tidak efektif atau berbahaya’ dilarang.

Perumusan kebijakan obat-obatan dimulai oleh sekelompok dokter yang peduli dan kelompok-kelompok lain yang berhubungan dekat dengan sang presiden baru, tanpa konsultasi dan pembahasan eksternal. Asosiasi Medis Bangladesh – *Bangladesh Medical Association* – diwakili oleh seorang anggota subkomite farmasinya, namun seperti telah diketahui oleh khalayak umum bahwa Sekretaris Jenderal Asosiasi ini tidak terlibat secara resmi karena hubungannya dengan sebuah perusahaan farmasi transnasional. Industri farmasi sama sekali tidak terwakili dalam komite ahli tersebut karena kehadiran wakil dari industri tersebut dianggap akan mengacaukan dan menunda perubahan kebijakan. Segera sesudah kebijakan tersebut masuk dalam agenda dan telah diumumkan secara resmi, kedua sektor industri baik domestik maupun transnasional, meluncurkan kampanye dan iklan-iklan yang menentang daftar obat yang masuk dalam kebijakan tersebut.

Di antara para dokter yang menjadi anggota komite, ada seorang dokter terkenal bernama Zafrullah Chowdhury yang telah mendirikan proyek pelayanan kesehatan Gonoshasthya Kendra (GK) segera sesudah kemerdekaan pada tahun 1971. Di antara sekian banyak aktivitasnya, pada awal tahun 1981, GK telah memulai memproduksi obat generik yang diperlukan di Bangladesh. Kemudian pada tahun 1986, GK *Pharmaceuticals* Ltd telah memproduksi lebih dari 20 jenis produk. Yang terjadi kemudian adalah pada saat Dr. Chowdhury menjadi anggota, melalui komite ia dituduh telah memasukkan kepentingan – kepentingan GK *Pharmaceuticals*.

Feed Back

Penerapan model Hall

Kebijakan obat-obatan yang diperlukan memiliki keabsahan karena pemerintahan Ershad adalah pemerintahan baru sehingga kebijakan-kebijakan baru dalam pemerintahannya diharapkan sekaligus diperbolehkan. Lebih jauh, ada dorongan yang kuat untuk membatasi jumlah obat-obatan impor karena banyak dari obat-obatan ini yang dianggap tidak efektif atau berbahaya dan karena pengimporan ini menyia-nyiaakan simpanan langka yang berupa mata uang asing yang tidak bisa dibayar oleh sebuah negara miskin seperti Bangladesh.

Perubahan radikal ini juga layak diberlakukan karena dapat dilakukan melalui pengesahan Ordonansi dari Presiden dan tidak memerlukan proses parlementer yang panjang. Pengesahannya dibuat menjadi lebih layak dengan tetap menekan oposisi sampai seminimal mungkin dan dengan cara bertindak secepat mungkin. Selain itu, sebenarnya tidak ada implikasi keuangan bagi pemerintah, jika ada, ini akan benar-benar mengurangi pengeluaran obat-obatan publik.

Dukungan tampaknya akan lebih sulit diperoleh karena adanya penolakan yang kuat dari para profesional di bidang kesehatan, dari perusahaan-perusahaan farmasi multinasional, dan pada awalnya dari perusahaan-perusahaan obat-obatan nasional. Namun, karena masyarakat dan industri-industri nasional memperoleh dukungan (melalui harga yang lebih murah dan produksi lokal yang lebih besar), dukungan terhadap kebijakan tersebut juga mulai tumbuh. Selain itu, sebagai seorang diktator, Ershad bisa mengabaikan oposisi awal karena ia tidak memerlukan dukungan parlementer untuk mengundang kebijakan tersebut.

Penerapan model Kingdon

Masalah obat-obatan yang tidak efektif dan mahal telah muncul di permukaan *alur masalah* selama beberapa waktu sebelum Ershad mengambil alih kekuasaan, namun tidak ada tindakan apapun yang diambil. Meskipun demikian pada tahun 1982, seorang presiden baru mengambil alih kekuasaan, begitu bersemangat memenangkan dukungan populer dengan menunjukkan kesediaannya untuk mengambil tindakan terhadap masalah-masalah yang diketahui telah mempengaruhi banyak orang (perubahan dalam *alur politik*). Termasuk pihak yang merasa paling dirugikan yaitu perusahaan-perusahaan farmasi asing yang kemungkinan tidak akan mendapat dukungan di dalam negeri Bangladesh. Sekelompok kecil profesional bidang kesehatan di Bangladesh, yang diketuai oleh seorang dokter kenamaan dengan ketertarikan dalam bidang proyek-proyek kesehatan dan industri farmasi lokal, telah sangat memperhatikan persoalan-persoalan farmasi ini selama beberapa waktu sebelum Ershad mengambil alih kekuasaan. Beberapa anggota kelompok ini merupakan peserta yang tidak kelihatan dalam *alur kebijakan*, yang bertugas mengumpulkan informasi dan memonitor situasi, sedangkan yang lain merupakan anggota yang kelihatan, yang menganjurkan perubahan secara terang-terangan. Mereka mengenali adanya kesempatan untuk memasukkan sebuah kebijakan obat-obatan yang diperlukan ke dalam agenda, ketika pemerintahan mengalami perubahan dan mereka juga memiliki hubungan yang dekat dengan sang presiden baru. Kelayakan teknis, penerimaan publik, dan kesesuaian dengan nilai-nilai yang telah ada dinilai menguntungkan seluruhnya, sehingga ketiga alur tersebut dapat berjalan bersamaan dan mengakibatkan masuknya obat-obatan yang diperlukan ke dalam agenda kebijakan.

Penentuan agenda dan perubahan kebijakan pada saat krisis

Pembaca sudah melihat bahwa krisis yang dirasakan merupakan salah satu alasan terbukanya jendela-jendela kebijakan. Pembuatan kebijakan pada masa krisis berbeda dengan pembuatan kebijakan biasa di masa biasa pula. Contohnya, akan lebih mudah untuk membuat kebijakan-kebijakan radikal dipertimbangkan secara serius pada saat krisis daripada pada saat-saat lain. Krisis terjadi ketika para pembuat keputusan penting merasakan adanya krisis, adanya keadaan yang nyata namun mengancam, dan adanya kemungkinan bahwa kegagalan bertindak dapat menyebabkan timbulnya konsekuensi yang bahkan lebih merusak. Kejadian-kejadian yang tidak memiliki ciri-ciri ini besar kemungkinan tidak akan dianggap sebagai krisis. Meskipun demikian, ketika daya tarik dari situasi semacam ini diperkuat oleh tekanan dari luar pemerintahan (seperti jatuhnya harga hasil bumi utama yang diperuntukkan bagi ekspor secara dramatis) dan pemerintah memiliki akses untuk membuktikan informasi yang didapat dari para ahlinya, maka yang terjadi adalah pemerintah akan melihat masalah tersebut sebagai krisis dan memberikan perhatian yang serius. Pada gilirannya, hal ini mungkin atau mungkin juga tidak, akan mengakibatkan perubahan kebijakan yang nyata.

Banyak contoh kebijakan baru yang masuk dalam agenda pada saat terjadi krisis ekonomi. Reformasi radikal dalam bidang ekonomi makro, perdagangan, pasar tenaga kerja dan kesejahteraan sosial yang terjadi di Selandia Baru setelah tahun 1984 dipercepat oleh keyakinan di pihak pemerintahan Partai Buruh yang baru terbentuk, penasehat-penasehat utama yang duduk di Kementerian Keuangan dan golongan-golongan berpengaruh dari komunitas bisnis bahwa negara

berada di tepi jurang kejatuhan ekonomi. Hal ini memberikan alasan bagi perubahan radikal dalam pokok persoalan yang masuk dalam agenda kebijakan dan kebijakan-kebijakan berikutnya yang menguntungkan pasar bebas dalam banyak area kehidupan nasional. Reformasi ini meliputi perubahan besar pada pengoperasian sistem pelayanan kesehatan. Bagian publik dari sistem ini dibagi menjadi pembeli (otoritas kesehatan regional yang bertanggung jawab untuk mendapatkan layanan bagi penduduk di wilayah mereka) dan penyedia layanan (rumah sakit negeri berswadaya dan penyedia sektor swasta dan sektor pilihan) yang bersaing untuk mendapatkan bisnis para pembeli dalam pasar yang dibiayai secara terbuka (lihat Bab 2 untuk penjelasan lebih lanjut mengenai pemikiran seperti ini). Kecil kemungkinan aliran perubahan dalam bidang ekonomi dan layanan-layanan masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan akan terjadi dengan cara yang semestinya dalam waktu yang relatif singkat tanpa adanya dorongan perasaan yang kuat akan krisis ekonomi yang digabungkan dengan perubahan pemerintahan.

Krisis bisa menjadi akut atau lebih kronis. Kasus yang terjadi di Selandia Baru memiliki elemen akut dan kronis sekaligus karena beberapa peserta kebijakan telah mengidentifikasi masalah-masalah besar terkait kebijakan ekonomi negara tersebut selama satu dekade sebelum tahun 1984.

Karena krisis didefinisikan melalui pertemuan antara kondisi-kondisi 'obyektif' dan persepsi mengenai gaya tarik kondisi-kondisi tersebut, kelompok-kelompok kepentingan tertentu dan juga pemerintah akan selalu memiliki keleluasaan untuk menambah kesan guna membuka jalan bagi perubahan yang secara khusus ingin mereka berlakukan. Salah satu interpretasi strategi perubahan bagi Layanan Kesehatan Nasional Inggris – *British National Health Service* (NHS) – pada masa pemerintahan Perdana Menteri Blair, antara tahun 1997 sampai dengan tahun 2005 adalah bahwa pemerintah berusaha untuk mengidentifikasi masalah beserta pemecahan-pemecahannya sekaligus berusaha menimbulkan kesan yang kuat bahwa NHS sedang mengalami krisis yang berat bahwa tanpa reformasi, lembaga tersebut pada saat itu tidak akan dapat bertahan dalam bentuknya dan harus dihapus serta digantikan dengan lembaga yang sama sekali berbeda. Jadi, pemerintahan Perdana Menteri Blair mengidentifikasi kualitas layanan penyakit kanker dan waktu tunggu yang lama sebagai permasalahan utama yang mengancam keberadaan sistem universal karena dibiayai oleh pajak. Pemerintahannya juga menggunakan skandal kualitas klinik yang buruk pada beberapa rumah sakit tertentu sebagai dasar pemikiran untuk melakukan perubahan umum dalam peraturan klinik dan melakukan pengawasan terhadap dokter atau petugas-petugas klinik lain.

Non-decision making

Sementara krisis maupun model politik biasa sangat bermanfaat dalam usaha untuk menjelaskan bagaimana pokok persoalan masuk dalam agenda kebijakan dan ditindaklanjuti, atau mengapa pada akhirnya pokok persoalan tersebut tidak ditindaklanjuti (karena tidak adanya keabsahan, kelayakan atau dukungan atau karena ketiga alur kebijakan tidak bisa berjalan bersama dalam kondisi yang memungkinkan untuk membuka 'jendela kesempatan'), tindakan yang dapat dilihat tidak memberikan pedoman yang lengkap mengenai bagaimana kebijakan diputuskan. Dengan kata lain, Pembaca perlu memikirkan kemungkinan *non-policy making*, atau *non-decision making* ketika memikirkan apa yang masuk dalam agenda kebijakan publik (lihat Bab 2 untuk pembahasan yang lebih lengkap mengenai hal ini). Mereka yang memiliki cukup kekuasaan tidak hanya mampu menghalangi masuknya persoalan-persoalan tertentu ke dalam agenda, tapi juga mampu untuk membentuk keinginan publik sehingga hanya pokok-pokok persoalan yang dianggap bisa diterimalah yang dibahas, apalagi ditindaklanjuti.

Kegiatan 4.7

Sampai tahun 1970-an, berhenti merokok hampir sepenuhnya dianggap sebagai masalah pribadi (kecuali apabila berhubungan dengan usaha menghindarkan anak-anak dari kebiasaan merokok). Sebagai akibatnya, sama sekali tidak ada pembahasan mengenai kemungkinan pembatasan merokok di tempat-tempat tertentu demi kesehatan perokok itu sendiri sekaligus juga demi kesehatan orang-orang yang tidak merokok.

Menurut Pembaca, apakah tidak adanya pembahasan mengenai pelarangan merokok pada tahun 1970-an merupakan salah satu contoh *non-decision making* melalui kekuasaan, nilai-nilai yang berlaku umum atau merupakan usaha untuk menghindari konflik yang dilakukan oleh pemerintahan barat?

Feed Back

Alasan utama *non-decision making* terkait dengan nilai-nilai yang berlaku pada masa itu, yang pada gilirannya, didukung oleh para penganjur industri tembakau. Selain itu, pemerintah keberatan untuk menghadapi konflik dengan industri tembakau dan mendapatkan ketidakpopuleran publik. Antisipasi terhadap konflik semacam ini selama bertahun-tahun membuat pokok persoalan pelarangan merokok tersebut tidak masuk dalam agenda.

Contoh *non-decision making* lain berkaitan dengan fakta bahwa seringnya reformasi 'pasar' radikal sistem pelayanan kesehatan jarang sekali terjadi pada tahun 1990-an bisa dikatakan tidak pernah, menentang pengawasan tunggal yang dijalankan oleh profesi medis mengenai siapa saja yang bisa maupun tidak bisa memberikan perawatan dan meresepkan obat bagi pasien. Sementara banyak asumsi terdahulu, seperti bagaimana sistem pelayanan kesehatan seharusnya diatur dan diarahkan, dijungkirbalikkan (misalnya, swastanisasi rumah sakit negeri dan persaingan antar penyedia layanan kesehatan), kepentingan dasar dari kelompok profesi yang dominan mencegah pengadaaan pembahasan apapun mengenai terbukanya pekerjaan medis bagi profesi-profesi lain.

Siapa yang menentukan agenda?

Sepanjang sisa bab ini, Pembaca akan mempelajari bagaimana aktor-aktor utama dalam proses kebijakan, khususnya pemerintah dan media memasukkan pokok persoalan ke dalam agenda kebijakan. Karena Pembaca akan membahas pembuatan kebijakan pemerintah pada bab selanjutnya dan komunitas bisnis, profesi medis serta kelompok kepentingan lain pada Bab 6, maka bab ini akan lebih banyak membahas peran media daripada peran aktor-aktor lain dalam penentuan agenda. Lebih jauh, sebagian besar situasi, dan peran utama media dalam pembuatan kebijakan, mungkin lebih merupakan alat bantu untuk menentukan agenda kebijakan daripada dalam aspek-aspek lain dari proses pembuatan kebijakan tersebut.

Pemerintah sebagai penentu agenda

Pemerintah, khususnya pemerintah negara-negara besar dan makmur dapat sangat berpengaruh dalam penentuan agenda kebijakan internasional. Contohnya, pemerintahan Presiden Bush di Amerika Serikat secara aktif mempromosikan strategi 'ABC'nya ('*abstinence* (pengendalian diri), *be faithful* (setia), dan *condom use* (penggunaan kondom)') untuk mencegah HIV/AIDS dan melakukan pengawasan terhadap komunitas kesehatan masyarakat internasional dan negara-negara dengan tingkat keterjangkitan tinggi, khususnya di daerah Sub-Sahara di Afrika, di hadapan berbagai macam kritik dari para ahli maupun aktivis. Pemerintahan Presiden Bush bisa melakukan hal ini karena besarnya jumlah dana yang tersedia bagi pencegahan HIV/AIDS dan terpenuhinya syarat-syarat yang berlaku bagi penggunaan dana ini.

Di dalam negeri mereka sendiri, pemerintah terang-terangan merupakan penentu agenda yang penting karena mereka mengendalikan proses legislatif dan sering memulai perubahan kebijakan (lihat bab selanjutnya untuk penjelasan yang lebih detil mengenai proses ini). Pada tahun 1990-an merupakan hal biasa bagi partai politik untuk menentukan agenda selama masa kekuasaan mereka jauh sebelumnya yaitu dengan cara mempublikasikan manifesto pemilihan umum yang relatif terperinci dan berjanji untuk menerapkan perubahan-perubahan yang dinyatakan dalam manifesto tersebut apabila mereka terpilih. Manifesto dan janji tersebut sebagai salah satu cara untuk memperoleh kepercayaan para pemilih. Cara ini merupakan satu dari sekian banyak cara yang secara nyata diusahakan oleh pemerintah untuk menentukan agendanya. Meskipun demikian, manifesto tersebut hanya memperbesar kemungkinan masuknya sebuah pokok persoalan ke dalam agenda karena tidak ada jaminan apakah pokok persoalan tersebut akan ditindaklanjuti atau tidak. Contohnya, aktivis-aktivis politik yang menulis manifesto tersebut mungkin tidak memberi perhatian yang cukup pada kelayakan usulan yang mereka ajukan.

Selain dalam manifesto partai pra-pemilihan umum mereka, sejauh mana pemerintah menjalankan program aktif pencarian pokok persoalan serta mencari hal-hal yang perlu dimasukkan dalam agenda kebijakan? Hogwood dan Gunn (1984) menyatakan bahwa pemerintah *seharusnya* melakukan hal ini karena mereka perlu mengantisipasi masalah sebelum masalah tersebut muncul untuk meminimalisasi konsekuensi apapun yang merugikan atau untuk mencegah terjadinya krisis. Mungkin, alasan paling jelas yang mendasari pencarian pokok persoalan ada dalam lingkungan eksternal seperti demografi, teknologi, dsb. Di hampir semua negara, pertambahan angka dan perbandingan usia lanjut dalam jumlah penduduknya harus dipertimbangkan dalam penentuan kebijakan kesehatan di area-area seperti pembayaran layanan, perawatan jangka panjang bagi mereka yang lemah, dan manajemen penyakit kronis. Solusi-solusi baru juga tersedia bagi permasalahan-permasalahan lama, seperti catatan medis pasien yang saling berhubungan yang disimpan oleh beberapa institusi berbeda. Masalah-masalah yang baru berangsur-angsur menjadi jelas, seperti efek potensial perubahan iklim pada perekonomian agraris dan risiko sifat-sifat kesehatan masyarakat. Selain melayani pemerintahan terpilih, salah satu fungsi layanan sipil yang bertanggung jawab adalah untuk memberikan laporan mengenai pengidentifikasian dan pokok-pokok persoalan kebijakan masa depan yang mungkin akan menarik perhatian para menteri, khususnya pokok-pokok persoalan yang kemungkinan besar tidak bisa dihindari, seperti dampak pemanasan global. Meskipun demikian, tidak ada jaminan bahwa pemerintah yang berkuasa akan mau menanggapi apa yang mereka anggap sebagai pokok persoalan jangka panjang yang bisa ditangani oleh penerus pemerintahan tersebut dan bukan oleh mereka sendiri.

Media massa sebagai penentu agenda

Sejauh mana dan dalam kondisi seperti apa media massa mengarahkan perhatian pada pokok-pokok persoalan tertentu dan mempengaruhi apa yang kita pikirkan? Seberapa besar pengaruh yang mereka miliki terhadap para pembuat keputusan dalam pilihan pokok-pokok persoalan yang berhubungan dengan kepedulian dan tindakan politik? Di masa lalu, peran media dalam pembuatan kebijakan cenderung diremehkan. Meskipun demikian, selama bertahun-tahun media massa telah memiliki pengaruh yang kuat terhadap agenda kebijakan pemerintah melalui kemampuan mereka untuk memunculkan dan membentuk, bisa juga dikatakan menentukan. Pokok-pokok persoalan dan opini publik tersebut pada gilirannya akan mempengaruhi pemerintah untuk memberikan tanggapan. Pemunculan internet pada tahun 1990-an membuat proses ini bahkan menjadi lebih jelas terlihat karena internet telah memungkinkan mobilisasi dan umpan balik dari opini publik dengan cepat dan dengan cara yang tidak bisa diprediksi dan dikendalikan oleh pemerintah, namun dengan berbagai cara, tetap harus mereka tanggapi.

Pada dasarnya, ada dua jenis media: media cetak dan media elektronik. Media tersebut memiliki berbagai fungsi vital yaitu: merupakan sumber informasi; berfungsi sebagai mekanisme

propaganda; merupakan agen sosialisasi (menularkan budaya masyarakat dan memberikan petunjuk pada orang-orang mengenai nilai dan norma-norma kemasyarakatan) dan berfungsi sebagai agen keabsahan yang menciptakan kepercayaan massal, dan juga penerimaan, terhadap pandangan-pandangan politik dan ekonomi seperti demokrasi dan kapitalisasi. Media massa juga bisa mengkritik jalannya pemerintahan dan kondisi masyarakat dan memperkenalkan perspektif-perspektif baru pada masyarakat.

Bagaimana media berfungsi dipengaruhi oleh sistem politik. Di banyak negara, surat kabar dan stasiun televisi dimiliki oleh negara sepenuhnya dan melakukan sensor terhadap diri mereka sendiri karena khawatir akan tindakan yang akan dilakukan pemerintah apabila mereka meliputi pokok-pokok persoalan tertentu dengan cara yang tidak sesuai keinginan pemerintah dan dengan demikian, mereka telah merugikan kenetralan mereka sendiri. Di negara-negara lain, media kelihatan bebas berkreasi dan mengeluarkan ide-ide mereka, namun editor dan jurnalisnya diintimidasi, dipenjara, diusir atau dikenai hal-hal lain yang lebih buruk. Internet dan siaran satelit tidak mudah untuk dipengaruhi atau ditunggangi oleh rezim individu dan juga lebih sulit diakses daripada televisi dan radio yang lebih mudah untuk diawasi di negara-negara miskin. Bahkan dalam negara berdemokrasi liberal, media massa tetap diawasi dengan cara-cara yang lebih halus. Pemerintah, yang secara berangsur-angsur mulai memperhatikan citra mereka di media, dapat bermurah hati pada media penyiaran tertentu yang kooperatif dan memberikan mereka kemudahan untuk memperoleh berita-berita eksklusif dan pemberitahuan lebih awal mengenai pengumuman kebijakan pemerintah untuk meningkatkan jumlah pemirsa mereka sebagai ganti liputan yang secara umum menguntungkan bagi pemerintah. Sebagian besar organisasi media massa yang ada dalam negara-negara demokrasi barat merupakan bagian dari satu kesatuan besar yang terdiri dari berbagai kepentingan media di banyak negara. Beberapa yang ternama dimiliki oleh tokoh-tokoh bisnis terkemuka, seperti Silvio Berlusconi dan Rupert Murdoch, yang nilai-nilai politik dan tujuan komersial pribadinya sering membentuk orientasi pelaporan berita dan komentar politik yang diberikan oleh saluran-saluran televisi dan surat-surat kabar milik mereka tanpa perlu bersusah payah mengarahkan jurnalis-jurnalisnya dari hari ke hari. Sebagian besar media komersil juga tergantung pada besarnya iklan. Secara keseluruhan, pola kepemilikan dan syarat-syarat pengiklanan cenderung untuk memberikan kesan bahwa di sebagian besar negara, sebagian besar surat kabar dan stasiun televisinya mengambil posisi politik garis kanan dan pro-kapitalis yang luas. Pada beberapa kesempatan, pengiklan dan kepentingan komersil juga dapat mempengaruhi isi media secara langsung, contohnya, melalui pensponsoran surat kabar dan penempatan artikel dalam media – artikel yang jelas-jelas ditulis oleh jurnalis yang netral namun dimaksudkan untuk mempromosikan kepentingan industri.

Meskipun dikendalikan secara ketat oleh negara dan kepentingan-kepentingan komersil kuat lain, kadang-kadang media dapat memasukkan suatu pokok persoalan yang sedang diusahakan untuk dipromosikan oleh para peneliti dan kelompok-kelompok kepentingan yang tidak berhubungan dengan negara atau bisnis tertentu ke dalam agenda kebijakan. Kadang-kadang, mereka bertindak sebagai kelompok penekan dengan melancarkan kampanye terhadap pokok-pokok persoalan yang diabaikan secara tidak adil. Salah satu yang paling terkenal di wilayah Kerajaan Inggris adalah kampanye sukses *The Sunday Times* di tahun 1970-an untuk memenangkan kompensasi yang lebih tinggi untuk anak-anak dengan cacat bawaan lahir setelah ibu mereka diberi obat penenang, thalidomide. Para periset di surat kabar berhasil menunjukkan bahwa risiko cacat bawaan telah dapat diramalkan (Karpf, 1988).

Kampanye juga bisa menjadi lebih populis secara terang-terangan dan didesain untuk memenangkan para pembaca surat kabar, seperti kampanye *Daily Mail's* menentang penggunaan kamera berkecepatan tinggi di Inggris di awal tahun 2000-an. Kampanye ini menggambarkan penelitian terhadap pengurangan cedera sebagai sesuatu hal yang benar-benar bercela dan malah mengundang kesinisian pembaca dengan caranya memfokuskan diri pada peningkatan pemasukan

pemerintah dari denda melalui penggunaan kamera seperti ini, juga menyebabkan kekecewaan yang mendalam pada para ahli kesehatan masyarakat yang berusaha mengurangi cedera dan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas.

Kegiatan 4.8

Diskusikan beberapa kampanye yang dilakukan oleh media massa di negara Pembaca yang bertujuan untuk membuat pemerintah memperhatikan pokok-pokok persoalan yang spesifik mengenai kesehatan masyarakat. Apa saja pokok-pokok persoalan tersebut? Bagaimana media memaparkan pokok-pokok persoalan tersebut? Apakah menurut Pembaca media telah memaparkan pokok-pokok persoalan tersebut secara adil dan bertanggung jawab? Apakah pokok persoalan tersebut penting bagi bidang kesehatan? Apakah jangkauan pokok persoalan tersebut mempengaruhi perdebatan mengenai kebijakan terkait dan memudahkan pokok persoalan tersebut untuk masuk ke dalam agenda kebijakan? Apakah, menurut pendapat Pembaca, jangkauan media berdampak positif atau negatif terhadap kebijakan tersebut?

Feed Back

Jawaban Pembaca jelas akan sangat bergantung pada contoh yang Pembaca berikan. Tapi dengan menganalisa satu contoh dengan cara seperti ini, Pembaca akan bisa lebih memahami alasan mengapa 'ceritanya' terungkap dengan cara demikian.

Tuntutan bagi media massa untuk lebih bertanggung jawab dalam peliputan mereka mengenai pokok-pokok persoalan kesehatan masyarakat telah muncul. Penelitian mengenai liputan media terhadap masalah-masalah kesehatan di Inggris menunjukkan bahwa volume peliputan sebuah topik tidak berhubungan dengan risiko kesehatan masyarakat yang ditimbulkan oleh topik tersebut (Harrabin et al., 2003) dan, sebenarnya, penyakit-penyakit dengan risiko paling kecil terhadap kesehatan masyarakat menjadi target utama peliputan, dan sebaliknya. Contohnya, peliputan penyakit vCJD atau sapi gila pada manusia tidak berhubungan dengan kelangkaannya yang ekstrim. Sekalipun demikian, penelitian yang sama menunjukkan bahwa para politisi mengubah prioritas mereka lebih sebagai jawaban atas peliputan media daripada berdasarkan bukti mengenai apa yang menjadi kepentingan masyarakat.

Bagaimanapun juga, tingkat pengaruh media terhadap para pembuat keputusan masih dipertanyakan. Pertama-tama, para pembuat keputusan memiliki banyak sumber informasi yang berbeda-beda dan dapat menggunakan media itu sendiri untuk mengarahkan perhatian kepada suatu pokok persoalan tertentu. Seringkali, isi dari *press release* pemerintah akan dilaporkan kata demi kata oleh jurnalis yang aktif. Kedua, sulit untuk memilah-milah berbagai pengaruh terhadap apa yang akan masuk dalam agenda. Media merupakan bagian dari proses itu sendiri, bukan di luar proses, dan mereka tidak sendiri. Media kebanyakan menyoroti gerakan-gerakan yang telah dimulai di tempat lain – artinya, mereka membantu memberikan gambaran mengenai satu pokok persoalan tertentu tanpa perlu menciptakan pokok persoalan itu sendiri.

Ketiga, kecil kemungkinan para pembuat kebijakan akan tergerak untuk bertindak hanya karena laporan satu media. Tindakan bersama dari pers mungkin bisa membuat perbedaan, namun dalam lingkungan media yang penuh persaingan, kecil kemungkinan terdapat satu pandangan yang sama mengenai sebuah pokok persoalan dan media pemberitaan, khususnya selalu berusaha mencari hal-hal yang baru.

Sebagaimana adanya contoh mengenai media yang menginspirasi peralihan politik, terdapat pula contoh yang jelas mengenai bagaimana politisi dan para pejabat melawan tekanan media untuk mengubah kebijakan. Jadi, tidak ada jawaban yang sederhana untuk pertanyaan

seperti: bagaimana media massa mempengaruhi opini publik dan/atau para pembuat kebijakan? Isi pokok persoalan kebijakan, konteks politik dan proses yang mengungkap perdebatan dan memutuskan pokok persoalan kebijakan, semuanya berhubungan dengan seberapa berpengaruhnya media.

Di negara-negara miskin, pengaruh media terhadap para pembuat kebijakan tidak mudah untuk dilihat. Jurnalis, editor, pembawa berita, dan produser merupakan anggota golongan elite perkotaan, dan pada umumnya memiliki ikatan yang erat dengan para pembuat kebijakan dalam pemerintahan. Ketika media dimiliki secara langsung oleh pemerintah, tidak akan ada banyak analisis kritis mengenai kebijakan-kebijakan pemerintah. Sempitnya lingkaran kebijakan di negara-negara miskin seringkali membuat jurnalis yang dianggap mengancam satu rezim politik menjadi orang pertama yang ditangkap ketika terjadi tindakan penekanan. Walaupun hal ini telah berubah, kebebasan media massa tetap mendapat ancaman dari pergerakan politik dan dasar modal yang lemah. Contohnya, di negara-negara kaya, pemasukan iklan konsumen, yang tidak ada di negara-negara lain, benar-benar membuat media massa memiliki kebebasan keuangan dari pemerintah, walaupun tidak serta merta bebas dari kepentingan-kepentingan komersial.

Tampaknya, ada atau tidaknya demokrasi juga berperan penting dalam pengaruh media terhadap penentuan agenda di negara-negara miskin. Sen (1983) membandingkan peran media dalam melaporkan kekurangan pangan dan kelaparan di Cina dan India sejak Perang Dunia II dan pengaruhnya terhadap respons-respons pemerintah. Pada tahun 1959 sampai dengan tahun 1961, Cina mengalami kelaparan besar karena kegagalan panen. Terjadi 14 sampai 16 juta kematian namun media massa tetap diam. Sebaliknya India, walaupun juga merupakan negara yang miskin, tidak pernah mengalami kelaparan sejak kemerdekaannya pada tahun 1947 kecuali pada tahun-tahun ketika ada permasalahan bahan pangan yang cukup besar. Sen menyatakan bahwa India tidak mengalami kelaparan karena India tidak seperti Cina, yang merupakan negara demokrasi dengan pers yang bebas: 'Pemerintah tidak mungkin gagal untuk bertindak cepat ketika ada bahaya kelaparan besar yang mengancam. Surat kabar memainkan peran penting dalam hal ini, dalam menyampaikan fakta ini dan memaksa pemerintah untuk menghadapi tantangan ini. Partai-partai oposisi juga memiliki peran yang sama (Sen, 1983). Di Cina, ada beberapa cara yang dilakukan pemerintah untuk menghindari bencana dan menyembunyikan kelaparan ini. Ironisnya, dibandingkan dengan India, komunis Cina jauh lebih berkeinginan untuk mendistribusikan bahan pangan atas biaya publik untuk menjamin ketersediaan pangan bagi semua. Pada saat-saat biasa, hal ini menghindarkan penyebaran gizi buruk dan busung lapar non-akut seperti yang terjadi di India.

Rangkuman

Pembaca telah mempelajari bagaimana penentuan agenda tidak bisa benar-benar merupakan bagian yang jelas dari proses kebijakan. Banyak aktor yang terlibat dan proses penentuan agenda ini tidak serta merta didominasi oleh pemerintah. Agenda kebijakan bisa berubah pada saat krisis atau melalui 'politik biasa', namun dalam kedua kasus tersebut, terdapat faktor-faktor tertentu yang penting. Krisis harus dianggap sebagai krisis oleh elite politik yang paling berpengaruh, dan mereka juga harus percaya bahwa kegagalan bertindak akan membuat situasi menjadi lebih buruk. Dalam politik biasa, banyak reformasi yang berbeda-beda saling bersaing untuk memperebutkan perhatian para pembuat kebijakan dan yang mana yang dapat masuk dalam agenda kebijakan akan tergantung pada sejumlah faktor yang berbeda, termasuk siapa yang menang dan siapa yang kalah seiring perubahan tersebut. Pemilihan waktu merupakan hal yang penting, dan pokok persoalan mungkin akan berubah-ubah selama beberapa waktu sebelum ketiga 'alur' bisa berjalan bersamaan, dan sebuah pokok persoalan akan didorong masuk ke agenda kebijakan.

Media bisa menjadi penting dalam mengarahkan perhatian pada pokok persoalan tertentu dan dalam memaksa pemerintah untuk mengambil tindakan, namun hal ini lebih sering terjadi

dalam hubungannya dengan pokok-pokok persoalan 'politik tingkat rendah'. Utamanya, pada topik-topik 'politik tingkat tinggi' (seperti kebijakan ekonomi atau ancaman terhadap keamanan nasional), sebagian besar media kemungkinan besar akan mendukung arah dasar kebijakan pemerintah, dengan catatan pemerintah tersebut dianggap sah.

Referensi

- Berger PL dan Luckman T (1975). *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth: Penguin
- Cobb RW dan Elder CD (1983). *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Grindle M dan Thomas J (1991). *Public Choices and Policy Change*. Baltimore: John Hopkins University Press
- Hall P, Land H, Parker R dan Webb A (1975). *Change, Choice and Conflict in Social Policy*. London: Heinemann
- Harrabin R, Coote A dan Allen J (2003). *Health in the News: Risk, Reporting and Media Attention*. London: Kings Fund
- Hogwood B dan Gunn L (1984). *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press
- Karpf A (1988). *Doctoring the Media*. London: Routledge
- Kingdon J (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown & Co
- Reich M (1994). Bangladesh pharmaceutical policy and politics. *Health Policy Planning* 9: 130-43
- Sen A (1983). The battle to get food. *New Society* 13 October: 54-7

Chapter 5

Pemerintah dan proses kebijakan

Gambaran umum

Bab sebelumnya menunjukkan bagaimana pokok persoalan bisa masuk ke dalam agenda kebijakan melalui proses yang tidak serta-merta dikendalikan oleh pemerintah. Bab ini berfokus pada peran pemerintah dalam perumusan dan pembentukan kebijakan, serta seberapa besar pengaruh yang dimilikinya dalam proses kebijakan. Sementara perumusan kebijakan biasanya mencakup pertimbangan akan berbagai kepentingan, meskipun diarahkan oleh asumsi-asumsi ideologis pemerintahan yang sedang berkuasa, bagaimana hal ini bisa terjadi sangat bergantung pada jenis badan-badan pemerintahan atau undang-undang suatu negara. Pembaca akan mempelajari peran badan-badan pemerintah yang paling sering dianggap terlibat secara langsung dalam pembentukan dan pelaksanaan kebijakan, badan legislatif, badan eksekutif, birokrasi, dan badan yudikatif. Menurut kerangka pikir analisis kebijakan yang dibahas pada Bab 1, bab ini berfokus pada sekelompok khusus 'aktor-aktor' resmi dalam proses kebijakan. Menurut model 'tahapan kebijakan' yang juga dibahas pada Bab 1, fokus utama bab ini ada pada perumusan kebijakan dengan beberapa acuan pada penerapan kebijakan.

Tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, Pembaca akan lebih mampu untuk:

- mendeskripsikan badan-badan utama yang terlibat dalam pembuatan kebijakan pemerintah: badan legislatif, eksekutif, birokrasi dan badan yudikatif, serta peran mereka masing-masing
- memahami bagaimana badan-badan tersebut saling berhubungan satu sama lain secara berlainan dalam sistem pemerintahan yang berlainan pula
- memahami ciri-ciri khusus pembuatan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan
- memahami bagaimana bagian-bagian pemerintah yang berbeda (misalnya, departemen yang berbeda-beda) dan tingkat pemerintahan yang berbeda (misalnya, nasional, regional dan lokal) memerlukan koordinasi yang aktif agar kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik
- mendeskripsikan pengorganisasian sistem kesehatan di negara Pembaca dan menyadari bahwa bagan resmi pengorganisasian tersebut mungkin tidak akan menggambarkan pola kekuatan dan pengaruh dalam sistem yang sebenarnya.

Istilah

Badan legislatif dua dewan (*bicameral*)/satu dewan (*unicameral*): Dalam badan legislatif satu dewan, hanya ada satu 'majelis' atau dewan, sementara dalam badan legislatif dua dewan, ada dewan kedua atau dewan tingkat tinggi, yang perannya adalah mengkritik dan memeriksa kualitas rancangan undang-undang yang diumumkan secara resmi oleh majelis yang lebih rendah. Biasanya, hanya majelis yang lebih rendah yang bisa menentukan apakah rancangan undang-undang akan menjadi undang-undang atau tidak.

Birokrasi: Jenis organisasi formal yang mencakup hirarki, sifat umum, kontinuitas dan keahlian.

Pimpinan eksekutif: suatu negara (yaitu, presiden dan/atau perdana menteri dan menteri-menteri lain). Perdana menteri atau presiden dan menteri-menteri senior sering disebut sebagai kabinet.

Sistem federal: Level pemerintahan subnasional atau propinsi tidak berada di bawah pemerintahan nasional namun memiliki kekuasaan substansial sendiri yang tidak bisa diambil oleh pemerintah nasional.

Badan yudikatif: terdiri dari hakim dan pengadilan yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pemerintah yang berkuasa (badan eksekutif) bertindak sesuai dengan undang-undang yang disahkan oleh badan legislatif.

Badan legislatif: yang menetapkan undang-undang yang mengatur sebuah negara dan mengawasi badan eksekutif. Badan ini biasanya dipilih secara demokratis untuk mewakili rakyat negara tersebut dan biasanya disebut sebagai parlemen atau majelis. Seringkali ada dua dewan atau majelis dalam parlemen.

Sistem parlementer: Anggota badan eksekutif juga merupakan anggota badan legislatif dan dipilih berdasarkan mayoritas anggota badan legislatif yang mendukung mereka.

Sistem presidensial: Presiden atau kepala negara dipilih secara langsung dalam sebuah proses pemilihan yang terpisah dari proses pemilihan anggota legislatif.

Perwakilan proporsional: Sistem pemungutan suara yang didesain untuk sejauh mungkin memastikan bahwa proporsi suara yang diterima oleh setiap partai politik sebanding dengan jatah kursi mereka dalam badan legislatif.

Sistem unitarian: Tingkat pemerintahan yang lebih rendah secara hukum berada di bawah pemerintah nasional. Pemerintahan di tingkat yang lebih rendah menerima kewenangan mereka dari pemerintah pusat.

Penggolongan sistem pemerintahan

Dua ciri sistem pemerintahan yang paling berdampak pada kemampuan negara untuk membuat dan menerapkan kebijakan adalah *otonomi* dan *kapasitas* (Howlett dan Ramesh, 2003). Dalam konteks ini, *otonomi* berarti kemampuan badan-badan pemerintah untuk tidak terperangkap oleh kelompok-kelompok yang mementingkan diri sendiri dan untuk bertindak secara adil sebagai penengah konflik-konflik sosial. Sistem pemerintahan bisa menjadi tidak netral dalam arti politik (bagaimanapun juga, sistem ini juga berlaku bagi pemerintah dengan ideologi yang berbeda-beda), namun, apabila pemerintahan tersebut memiliki otonomi, sistem ini akan berjalan dengan beberapa tujuan yang berhubungan dengan peningkatan kesejahteraan seluruh negeri dan tidak hanya berhubungan dengan pemberian tanggapan kepada dan perlindungan terhadap kepentingan bagian-bagian komunitas tertentu. *Kapasitas* mengacu pada kemampuan sistem pemerintahan untuk membuat dan menerapkan kebijakan. Kapasitas tumbuh dari keahlian, sumber daya dan pertalian dengan mekanisme pemerintahan. Contohnya, adalah merupakan hal yang penting bagi pemerintah untuk mampu membayar pegawai-pegawai negerinya tepat pada waktunya dan terus mengawasi korupsi. Pada tingkatan yang lebih rumit, akan sangat membantu apabila masing-masing departemen menghormati fakta bahwa keputusan dan tindak-tanduk mereka dapat sangat berdampak pada wewenang lain dalam pemerintahan dan menahan diri dari tindakan-tindakan yang mementingkan diri sendiri. Bentuk-bentuk sistem pemerintahan yang berbeda berdampak pada otonomi dan kapasitas pembuatan kebijakan pemerintah.

Sistem federal versus sistem unitarian

Semua pemerintahan berjalan pada berbagai tingkatan antara nasional dan lokal (contohnya, sistem kesehatan masyarakat seringkali berada di tingkat pemerintahan nasional dan regional). Meskipun demikian, ada perbedaan yang penting dan mendasar antara sistem *unitarian* dan sistem *federal* yang bisa diabaikan ketika yang dipikirkan adalah perubahan kebijakan dalam sistem kesehatan. Pada sistem unitarian, terdapat rantai komando yang jelas yang menghubungkan tingkatan-tingkatan pemerintahan yang berbeda, sedemikian rupa sehingga pemerintahan di tingkat yang lebih rendah benar-benar berada di bawah tingkat pemerintahan yang lebih tinggi. Di Perancis, misalnya, pemerintah pusatnya memiliki segala wewenang pengambilan keputusan yang potensial. Pemerintah pusat ini bisa mendelegasikan wewenang ini kepada pemerintah yang ada di tingkat yang lebih rendah, namun juga bisa mengambil kembali wewenang yang sudah didelegasikan tersebut. Hal serupa juga terjadi di Selandia Baru, Jepang dan Cina. Sistem utama di Britania Raya adalah sistem unitarian bahwa wewenang pemerintah lokal berasal dari pemerintah pusat, namun Skotlandia dan Wales baru-baru ini telah diberi wewenang atas sebagian besar urusan dalam negeri mereka sendiri, termasuk layanan kesehatan, sesuai dengan undang-undang yang disahkan oleh parlemen nasional di London. Sekarang ada badan-badan terpilih dari parlemen nasional di Skotlandia dan Wales.

Dalam sistem federal, paling tidak ada dua tingkatan pemerintahan yang terpisah dalam negara yang saling berbagi wewenang. Dengan kata lain, pemerintah dalam tingkatan subnasional tidak berada di bawah pemerintah tingkat nasional melainkan menikmati tingkat kebebasan yang tinggi atas hal-hal yang termasuk dalam wilayah hukumnya. Pemerintah pusat tidak dapat mengambil kebebasan ini tanpa persetujuan dari pemerintah tingkat subnasional, yang dalam keadaan biasa berarti perumusan ulang konstitusi negara tersebut. Contohnya, India, Brazil, Nigeria, Amerika Serikat, Kanada dan Australia yang semuanya merupakan negara federal. Di Kanada, misalnya, sistem kesehatan merupakan tanggung jawab propinsi, bukan pemerintah federal, meskipun pemerintah federal berkontribusi dalam sebagian pembiayaan layanan-layanan kesehatan. Hal ini menyebabkan negosiasi dan perselisihan yang panjang mengenai apa saja yang harus dibiayai oleh siapa di antara kedua tingkatan pemerintahan tersebut.

Sebenarnya, secara luas federalisme dianggap sebagai alasan utama bagi ketidakmampuan pemerintahan dalam negara-negara tersebut untuk melakukan perubahan kebijakan yang besar dan bersifat nasional dalam sektor kesehatan kecuali ketika kondisinya sangat menguntungkan. Komplikasi lebih jauh berhubungan dengan kenyataan bahwa pemerintah federal dan subnasional mungkin dikendalikan oleh partai politik yang berbeda dengan nilai-nilai dan tujuan yang berbeda pula. Lebih jauh lagi, pemilihan umum pada satu atau tingkatan yang lain jarang bertepatan, sehingga negosiasi yang panjang bisa terputus oleh perubahan dalam pemerintahan oleh partai-partai tersebut. Jadi, biasanya, sistem pemerintahan unitarian dihubungkan dengan perubahan kebijakan yang jauh lebih cepat dan kompromi yang tidak terlalu diperlukan dalam perumusan kebijakan. Meskipun demikian, hal ini tidak serta merta berarti bahwa pemerintah yang berada di tingkatan yang lebih rendah akan menerapkan kebijakan yang dirumuskan dengan cara seperti ini sesuai dengan yang dimaksudkan oleh para pembuatnya di tingkat nasional (seperti yang akan Pembaca lihat pada Bab 7). Bahkan dalam sistem unitarian dengan hambatan-hambatan konstitusional terhadap perubahan legislatif yang relatif sedikit, kondisi yang mendasari reformasi sistem dasar jarang tercapai. Hal-hal ini biasanya merupakan gabungan antara pemerintahan dengan tingkat otoritas tinggi (misalnya, mayoritas parlemen yang kuat) dan keinginan politik untuk menanggung risiko perubahan yang besar (artinya, reformasi harus cukup sentral dalam agenda kebijakan) (Tuohy, 2004).

Hubungan antara badan legislatif, eksekutif dan yudikatif

Ciri lain dari tiap-tiap sistem pemerintahan sebuah negara yang mempengaruhi perumusan kebijakan publik berkaitan dengan hubungan antara badan legislatif, eksekutif, dan yudikatif. Badan *legislatif* adalah badan yang mewakili rakyat, menetapkan undang-undang yang mengatur rakyat dan mengawasi badan *eksekutif* yang merupakan pimpinan negara (yaitu, presiden dan/atau perdana menteri dan menteri-menteri lain). Badan *yudikatif* terutama bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pemerintah yang berkuasa bertindak sesuai undang-undang yang disahkan oleh badan legislatif dan bertindak sebagai hakim untuk memutuskan perselisihan-perselisihan yang tidak terelakkan yang terjadi akibat penginterpretasian pelaksanaan undang-undang. Biasanya, dalam sistem *parlementer*, anggota-anggota badan eksekutif dipilih oleh badan legislatif dari antara anggota mereka sendiri (artinya, menteri merupakan anggota parlemen atau majelis) dan tetap bertugas selama ada dukungan mayoritas dari para anggota badan legislatif. Biasanya, dalam sistem *presidensial*, seperti di Amerika Serikat, badan eksekutif terpisah dari badan legislatif, dipilih secara terpisah oleh rakyat dan tidak memerlukan dukungan dari mayoritas anggota badan legislatif untuk dapat memerintah.

Perbedaan-perbedaan ini sangat berdampak pada cara pengembangan kebijakan. Dalam sistem *presidensial*, badan eksekutif (presiden dan rekan-rekan seniornya) dapat mengusulkan sebuah kebijakan, namun dibutuhkan persetujuan dari badan legislatif (yang mayoritas anggotanya mungkin tidak berasal dari partai politik yang sama) untuk membuat kebijakan tersebut menjadi undang-undang. Akibatnya, Presiden Amerika Serikat, misalnya, sering kali harus menawarkan konsesi pada badan legislatif mengenai satu area kebijakan sebagai timbal-balik atas dukungan yang diberikan pada area lain. Selain itu, anggota badan legislatif dapat berperan aktif dalam merancang dan mengamandemen kebijakan. Ini berarti bahwa proses perumusan kebijakan dalam sistem *presidensial* lebih terbuka daripada proses yang sama dalam sistem *parlementer*, sehingga lebih banyak ruang bagi kelompok-kelompok kepentingan tertentu untuk menggunakan pengaruhnya.

Dalam sistem *parlementer*, sementara ada kemungkinan perselisihan dan tawar-menawar mengenai kebijakan-kebijakan dalam partai politik yang memerintah. Hal ini biasanya terjadi di belakang layar dan badan eksekutif biasanya dapat mengandalkan mayoritas anggotanya yang ada dalam badan legislatif untuk memperoleh dukungan atas langkah-langkah yang akan diambilnya. Ketika badan eksekutif sama sekali tidak memiliki mayoritas dalam badan legislatif, seperti yang sering terjadi di negara-negara dengan sistem perwakilan proporsional yang memiliki banyak partai politik, badan eksekutif harus berkompromi agar dapat meloloskan kebijakan melalui badan legislatif. Hal ini membuat proses kebijakan menjadi lebih lambat dan lebih kompleks meskipun tidak sesulit pembuatan kebijakan dalam sistem *presidensial*. Dalam sistem *parlementer*, pembuatan kebijakan pada akhirnya masih terpusat di badan eksekutif, yang biasanya memungkinkan pemerintah untuk mengambil tindakan yang lebih cepat dan tegas.

Kegiatan 5.1

Selain pemisahan wewenang antara badan eksekutif (Presiden dan stafnya) dan badan legislatif (kedua Majelis dalam Kongres), apalagi yang membuat perubahan kebijakan utama (misalnya, reformasi besar-besaran dalam pembiayaan sistem pelayanan kesehatan) menjadi lebih sulit dilakukan di Amerika Serikat daripada di banyak negara lain?

FeedBack

Sistem pemerintahan Amerika Serikat juga merupakan sistem federal sehingga masing-masing negara bagian harus dibujuk untuk mendukung perubahan besar apapun dalam kebijakan dalam negeri. Ini menjelaskan mengapa para Presiden Amerika Serikat cenderung untuk

menghabiskan banyak waktu dan energi untuk kebijakan pertahanan dan kebijakan luar negeri ketika wewenang mereka tidak terbatas dan mereka dapat bertindak atas nama negara.

Kedudukan badan yudikatif juga mempengaruhi proses kebijakan pemerintah. Dalam sistem federal dan/atau sistem yang berdasarkan pada sebuah konstitusi tertulis, termasuk, seringkali, pernyataan mengenai hak-hak asasi manusia, biasanya ada badan yudikatif otonom seperti Mahkamah Agung Amerika Serikat, yang diminta untuk menjadi penengah jika terjadi perselisihan antara simpul-simpul pemerintahan yang berbeda dan untuk memastikan bahwa undang-undang dan tindakan yang diambil pemerintah konsisten dengan prinsip-prinsip konstitusi. Mahkamah Agung Amerika Serikat telah beberapa kali menentang undang-undang satu negara bagian: pada tahun 1950-an, Mahkamah Agung menjalankan kemerdekaan sipil orang-orang kulit hitam dengan cara menjungkir-balikan peraturan perundang-undangan di negara-negara bagian yang ada di wilayah selatan yang sedianya akan memisahkan sekolah untuk murid-murid kulit hitam dan murid-murid kulit putih. Di negara-negara seperti Inggris yang tidak memiliki konstitusi tertulis, walaupun tidak tergantung pada pemerintah, pengadilan memiliki cara-cara yang lebih terbatas untuk mendesak badan eksekutif untuk melindungi hak dan kemerdekaan setiap warga negara dan, lagi-lagi, menyebabkan pembuatan kebijakan menjadi lebih mudah.

Kegiatan 5.2

Bayangkan Pembaca adalah seorang Menteri Kesehatan yang ingin memberlakukan sebuah perubahan besar dalam sistem pelayanan kesehatan, seperti pemberian biaya pengguna bagi pasien yang pergi ke rumah sakit umum. Buatlah dua daftar yang berbeda mengenai hal-hal yang akan harus Pembaca jadikan bahan pertimbangan apabila Pembaca ingin memberlakukan undang-undang seperti ini dalam sistem federal presidensial maupun dalam sistem unitarian parlementer.

Feed Back

Alasan-alasan Pembaca mungkin akan tampak seperti Tabel 5.1. Pembaca akan segera melihat betapa banyak dan kompleksnya hal-hal yang harus dipertimbangkan oleh Menteri Kesehatan dalam sistem federal presidensial dibandingkan dengan Menteri Kesehatan dalam sistem unitarian parlementer. Perhatikan bahwa Tabel 5.1 tidak mencakup penerapan perubahan kebijakan dan hanya memuat kemampuan menteri dan pemerintah untuk membuat reformasi diterima dan masuk dalam undang-undang melalui berbagai badan legislatif. Para pejabat dan profesional di bidang kesehatan pada tingkatan pemerintahan yang lebih rendah dalam kedua sistem pemerintahan ini mungkin tidak akan menyetujui sebagian perubahan tersebut dan mungkin juga memiliki kemampuan yang cukup besar untuk menentang atau mengubah arah kebijakan tersebut. Ini merupakan salah satu pokok persoalan sentral dalam penerapan kebijakan.

Setelah menentukan peran dari berbagai faktor-faktor yang ada dalam sistem pemerintahan, sekarang Pembaca perlu mempertimbangkan pengaruh relatif faktor-faktor tersebut terhadap proses perumusan kebijakan.

Partai politik

Berlawanan dengan sistem satu partai satu negara, dalam demokrasi liberal (yaitu, bahwa rakyat bebas untuk mendirikan partai politik dan mengajukan diri dalam pemilihan umum tanpa campur tangan dari pemerintah), partai politik menempatkan diri di antara aktor-aktor kemasyarakatan yang lebih luas seperti kelompok-kelompok penekan atau kepentingan tertentu dan lembaga-lembaga pemerintahan di mana anggota-anggota badan eksekutif dan legislatif sering berpindah dari satu partai politik besar ke partai politik besar lain. Partai menghasilkan manifesto dan dokumen-dokumen kebijakan yang akan mereka kampanyekan dalam pemilihan umum.

Tabel 5.1 Perbandingan sistem federal presidensial dan sistem unitarian parlementer

<i>Sistem federal presidensial</i>	<i>Sistem unitarian parlementer</i>
<p>Tingkatan pemerintahan mana yang bertanggung jawab atas aspek-aspek kebijakan kesehatan tertentu? Apakah perubahan ini ada dalam wilayah hukum pemerintahan nasional?</p> <p>Apakah badan legislatif nasional mengendalikan aspek-aspek kebijakan kesehatan yang paling relevan dengan perubahan yang diusulkan? Contohnya, apakah pemerintah nasional mengendalikan semua sumber daya yang diperlukan untuk melakukan perubahan tersebut?</p> <p>Apakah badan legislatif nasional akan mendukung perubahan tersebut? Jika tidak, konsesi-konsesi apa saja yang mungkin dibuat dalam area kebijakan kesehatan dan area-area lain untuk memenangkan dukungan yang diperlukan? Apakah konsesi-konsesi ini layak untuk dibuat demi terwujudnya reformasi ini?</p> <p>Apa saja yang bisa menghalangi usulan undang-undang untuk disahkan oleh badan legislatif nasional tanpa amandemen yang berarti?</p> <p>Jika pemerintah bergantung pada dukungan negara bagian/propinsi untuk bisa melaksanakan perubahan, bagaimana kemungkinan reaksi negara bagian/propinsi terhadap perubahan tersebut? Negara bagian/propinsi mana saja yang memiliki pemerintahan dengan pandangan politik yang sama dengan pemerintah nasional?</p> <p>Konsesi-konsesi apa saja, dalam area kebijakan kesehatan atau area-area kebijakan lain, yang dibuat oleh pemerintah untuk negara bagian/propinsi tanpa melemahkan kedudukan maupun pendukungnya guna memperoleh dukungan yang memadai untuk melaksanakan reformasi kesehatan, khususnya dukungan dari negara bagian/propinsi yang dikuasai oleh partai oposisi? Contohnya, apakah pemerintah nasional harus mendanai keseluruhan perubahan agar perubahan tersebut dapat diterima?</p> <p>Bagaimana pandangan badan yudikatif mengenai reformasi tersebut?</p>	<p>Apakah reformasi yang dimaksud telah dibahas dalam partai politik yang sedang berkuasa? Apakah reformasi tersebut masuk dalam manifesto pemilihan umum? Apa yang dipikirkan partai politik yang sedang berkuasa mengenai reformasi tersebut? Apakah reformasi tersebut mendapat dukungan yang luas? Jika tidak, apakah mayoritas anggota badan legislatif dari partai pemerintah akan memberi dukungan?</p> <p>Apakah pemerintah telah memperoleh dukungan mayoritas dari badan legislatif (parlemen) untuk melakukan perubahan tersebut? Jika belum, apakah pemerintah bisa memperoleh cukup suara dari partai-partai lain dalam koalisi pemerintah yang berkuasa?</p> <p>Konsesi apa saja, jika ada, yang diperlukan untuk memperoleh dukungan mayoritas terhadap reformasi tersebut?</p>

Jadi partai dapat secara langsung mempengaruhi hasil pemilihan umum dan hal-hal yang terjadi kemudian. Meskipun demikian, para pemilih cenderung untuk tidak memberikan suara atas dasar kebijakan tertentu, namun lebih cenderung untuk mendukung langkah-langkah yang didesain untuk memaksimalkan daya tarik partai. Rincian dari kebijakan-kebijakan apa saja yang masuk dalam agenda pemerintah dan bagaimana kebijakan-kebijakan ini kemudian dikembangkan berada di luar kendali langsung partai dan para pemilih. Tentu saja, pemerintah yang sedang berkuasa harus berhati-hati untuk tidak melangkah terlalu jauh dari apa yang mereka janjikan pada para anggota partai, pendukung dan pemilih mereka dalam pemilihan umum, bahkan apabila keadaan berubah, jika tidak, mereka hanya akan membahayakan dukungan terhadap mereka di masa depan. Meski demikian, pemerintah tidak harus mengikuti setiap detail kebijakan partai. Sebenarnya, keadaan mungkin saja berubah dan para menteri yang menjabat mungkin mengetahui bahwa mengubah janji-janji manifesto menjadi kebijakan yang sesuai jauh lebih sulit secara teknis maupun secara politis dari pada apa yang mereka bayangkan ketika masih menjadi partai oposisi.

Bukti-bukti menunjukkan bahwa partai politik tidak terlalu memiliki pengaruh langsung terhadap kebijakan – kontribusi terbesar mereka ada di awal-awal tahapan pengidentifikasian kebijakan – namun mereka memiliki pengaruh langsung yang lebih besar dalam mempengaruhi keanggotaan lembaga-lembaga legislatif dan eksekutif (dan kadang-kadang yudikatif).

Dalam sistem partai tunggal, partai politik merumuskan semua kebijakan sementara pemerintah bertugas untuk menemukan cara terbaik guna menerapkan kebijakan-kebijakan tersebut. Secara keseluruhan, pemilihan umum dalam sistem partai tunggal tidak benar-benar memberikan pilihan atau alternatif kebijakan kepada para pemilih, dan kritik terhadap partai yang berkuasa dan pemerintahan yang mereka jalankan seringkali dibungkam atau dibatasi (misalnya, Zimbabwe ketika berada di bawah pemerintahan Presiden Robert Mugabe). Dalam rezim partai tunggal, partai yang berkuasa juga bisa mengintervensi kebijakan secara langsung. Tidak ada batasan yang jelas maupun sederhana antara partai dan badan eksekutif atau badan legislatif. Partai dapat mengkritik badan eksekutif maupun legislatif sampai memberhentikan para menteri dan anggota parlemen karena tidak memberikan tanggapan yang cukup bersemangat terhadap pandangan-pandangan partai.

Sebaliknya, dalam demokrasi liberal, sekali satu partai politik memenangkan pemilihan umum, pemerintah akan memegang kendali. Menteri dapat mengadaptasi kebijakan partai dengan mengingat tekanan-tekanan politik yang menyertainya dan sifat-sifat lingkungan kebijakan yang selalu berubah.

Peran badan legislatif

Di negara-negara yang sangat besar, konstitusinya menyatakan bahwa keputusan badan legislatif merupakan ungkapan keinginan rakyat (kedaulatan rakyat) dan bahwa badan legislatif merupakan badan pengambil keputusan yang tertinggi. Sebagian besar badan legislatif memiliki tiga fungsi formal: (1) untuk mewakili rakyat; (2) untuk menetapkan undang-undang; dan (3) untuk mengawasi badan eksekutif (perdana menteri atau presiden dan para menteri). Badan legislatif yang ada dalam negara demokrasi biasanya terdiri dari anggota-anggota yang dipilih secara eksklusif (deputi, senator, anggota parlemen). Tiga per lima dari seluruh negara di dunia memiliki badan legislatif dengan satu dewan (*unicameral*); sisanya memiliki badan legislatif dengan dua dewan atau majelis (*bicameral*). Biasanya, tugas majelis yang lebih tinggi adalah memeriksa kembali dan memperbaiki rancangan undang-undang dan dengan demikian berkontribusi pada kebijakan dan pembuatan undang-undang yang lebih baik. Dalam sistem presidensial, seperti yang telah kita pelajari sebelumnya, badan legislatif memiliki otonomi yang berasal dari badan eksekutif dan, kadang-kadang juga bisa membuat kebijakan juga. Dalam sistem parlementer, tugas badan legislatif yang terutama adalah lebih untuk membuat pemerintah mempertanggungjawabkan kinerjanya pada

rakyat daripada untuk memulai suatu kebijakan. Anggota badan legislatif dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang ada dalam rancangan undang-undang dan meminta dilakukannya perubahan atas rancangan undang-undang tersebut.

Sebenarnya, dalam berbagai sistem pemerintahan, badan legislatif semakin dianggap sebagai badan yang menyetujui suatu keputusan yang telah diambil hanya sebagai formalitas belaka dan bahkan berjuang untuk membuat badan eksekutif menjadi pihak yang bertanggung jawab. Dalam tinjauan pustaka mengenai pemilihan umum dan parlemen di Afrika, Healy dan Robinson (1992) menyatakan bahwa tidak jarang wakil-wakil rakyat terpilih tidak jarang menjadi pihak yang tersisihkan dalam proses kebijakan, dan di beberapa negara bahkan dilarang untuk mengkritik usulan kebijakan pemerintah dengan ancaman penahanan tanpa pengadilan (misalnya, Zimbabwe).

Kegiatan 5.3

Mengapa badan legislatif nasional (yaitu, parlemen dan majelis) menjadi lebih tersisihkan dalam pembuatan kebijakan dan dalam meminta pertanggungjawaban pemerintah?

FeedBack

Ada lima alasan utama mengapa badan legislatif secara berangsur-angsur menjadi tersisih. Seberapa pentingnya alasan-alasan tersebut tergantung pada masing-masing negara yang bersangkutan, walaupun sebagian besar berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan menguatnya kekuasaan badan eksekutif:

- 1 Disiplin partai politik kuat yang semakin meningkat dan yang mengendalikan aktivitas anggota serta mengurangi kritik terhadap badan eksekutif.
- 2 Kemampuan badan eksekutif untuk menggunakan kekuasaan perundangannya (yaitu, kemampuan untuk menawarkan atau mengambil kesempatan promosi ke departemen atau posisi-posisi lain) untuk mengendalikan anggota-anggota badan legislatif.
- 3 Berpindahannya pembahasan kebijakan maupun pembahasan politik dari dewan pembahasan parlemen ke media massa (misalnya, wawancara atau debat televisi terprogram antara pemimpin-pemimpin partai).
- 4 Bertambahnya aktivitas dan delegasi pemerintah dalam berbagai lembaga khusus sehingga banyak keputusan yang bisa diambil oleh birokrasi tanpa harus menunggu undang-undang yang baru atau pembahasan legislatif.
- 5 Meningkatnya pengaruh badan-badan supranasional seperti Uni Eropa – *European Union* (EU) – atau Dana Moneter Internasional – *International Monetary Fund* (IMF) – yang membatasi atau meniadakan pokok-pokok persoalan yang berasal dari kebijakan legislatif dalam negeri.

Meskipun badan legislatif jarang mengusulkan undang-undang baru dan berusaha keras untuk menjalankan tiga fungsi utama mereka, mereka tetap bertahan karena mereka memiliki nilai simbolis yang kuat, yang menjunjung tinggi cita-cita perwakilan demokrasi rakyat. Selain itu, khususnya dalam sistem presidensial, menurut hukum, mereka dapat menghalangi usulan-usulan badan eksekutif. Dalam sistem parlementer, anggota-anggota badan legislatif dapat dengan cermat memeriksa dan menunda proses pengundangan namun, apabila pemerintah memiliki mayoritas parlemen dan disiplin partai yang masuk akal, mereka akan dapat mengalahkan lawan-lawan politik mereka. Hanya jika tidak ada mayoritas yang jelas dan jika pemerintah bergantung pada beberapa partai yang lebih kecil, anggota badan legislatif akan memiliki kesempatan untuk membentuk

kebijakan secara langsung. Ini merupakan argumen yang menguntungkan perwakilan proporsional. Apabila badan legislatif tidak banyak berbicara dalam perumusan kebijakan, siapa lagi yang bisa?

Pengaruh badan eksekutif

Seperti yang telah Pembaca lihat, di sebagian besar negara dengan sistem multipartai, sebagian besar wewenang untuk membuat kebijakan ada pada badan eksekutif, para politisi terpilih yang menjadi perdana menteri atau presiden dan para menternya. Kelompok ini sering disebut 'kabinet'. Anggota-anggota terpilih badan eksekutif didukung oleh birokrat dan pegawai negeri yang menjadi penasehat sekaligus menerima petunjuk dari para menteri. Ada perdebatan mengenai pengaruh relatif para pejabat dan birokrat terpilih terhadap kebijakan. Pengaruh ini sangat tergantung pada negara, masa studi dan sifat-sifat pokok persoalan kebijakan yang diperdebatkan.

Dibandingkan dengan badan legislatif, badan eksekutif atau kabinet memiliki sumber daya konstitusional, informasional, keuangan dan personal yang jauh lebih besar. Kabinet berwenang untuk memerintah negara dan memiliki kewenangan tertinggi untuk memulai dan menerapkan kebijakan. Pada saat-saat yang penting, pemerintah dapat memilih waktu yang tepat untuk mengajukan rancangan undang-undang pada badan legislatif. Dalam sistem parlementer, selama pemerintah memiliki mayoritas dukungan dalam badan legislatif, hanya akan ada sejumlah kecil batasan dalam wewenang badan eksekutif. Dalam sistem presidensial, badan eksekutif harus meyakinkan badan legislatif untuk menyetujui langkah-langkah yang mereka usulkan apabila langkah-langkah tersebut melibatkan proses legislatif. Meskipun demikian, badan eksekutif memiliki keleluasaan dalam berbagai area kebijakan, khususnya yang berhubungan dengan pertahanan, keamanan nasional dan kebijakan luar negeri. Seringkali, sekali anggaran telah disetujui oleh badan legislatif, badan eksekutif memiliki kendali yang besar atas bagaimana sumber-sumber daya digunakan.

Peran kepala negara

Apabila badan eksekutif sangat berkuasa, apakah kekuasaan ini bersumber dari pengambilan keputusan kolektif kabinet, atau dari kekuasaan perdana menteri atau presiden yang menduduki posisi yang mirip dengan *chief executive* sebuah perusahaan swasta? Di negara-negara miskin yang pemimpin politiknya bersifat pribadi dan tidak dapat dipertanggungjawabkan – karena tidak berjalannya pengawasan konstitusional terhadap badan eksekutif – sebagian besar keputusan yang menyangkut kebijakan-kebijakan besar akan berada di tangan kepala negara.

Kadang-kadang, pengambilan keputusan berada di tangan sekelompok kecil menteri yang dipilih oleh kepala negara dari antara anggota kabinet karena mereka sangat memihak tujuan dan langkah-langkah kepala negara. Telah ada pembahasan yang semakin sering dalam sistem parlementer, khususnya di Britania Raya, mengenai gaya pengambilan keputusan perdana menteri yang lebih otoriter, yang diawali oleh Margaret Thatcher, perdana menteri Partai Konservatif di tahun 1980-an. Setelah tahun 1997, pemerintahan Partai Buruh Tony Blair juga menunjukkan bahwa peran perdana menteri dan staf langsungnya sebagai pemrakarsa kebijakan-kebijakan kunci menjadi semakin meningkat, sementara anggota kabinet yang lain dan para pamong praja diserahi tanggung jawab untuk mengelola rincian pelaksanaan kebijakan-kebijakan tersebut. Sama halnya dengan Margaret Thatcher yang meluncurkan tinjauan utama mengenai manajemen dan organisasi Layanan Kesehatan Nasional – *National Health Service* (NHS) – pada tahun 1987 selama wawancara dengan sebuah stasiun televisi dan tanpa berkonsultasi lebih dulu dengan anggota-anggota kabinetnya, Tony Blair juga mengumumkan sesuatu yang besar melalui siaran langsung. Dalam pembelaan dirinya terkait relatif rendahnya kontribusi pendapatan nasional Inggris yang ditujukan untuk perawatan kesehatan yang dibiayai publik, Blair mengumumkan bahwa ia bermaksud untuk menaikkan tingkat pengeluaran Inggris sampai sejajar dengan rata-rata pengeluaran negara-negara Uni Eropa sebagai

kontribusi terhadap pendapatan nasional. Komitmen pribadi yang tiba-tiba ini dengan cepat menyebabkan dilakukannya tinjauan terhadap sumber dan tingkat pengeluaran NHS, serta terhadap keputusan-keputusan untuk meningkatkan pengeluaran NHS ke tingkat yang belum pernah dicapai sebelumnya dalam satu periode lima tahunan (Wanless, 2002). Menteri dan pamong praja lain dihadapkan pada sebuah *fait accompli* (keadaan yang harus diterima): apapun yang terjadi, tetap akan ada peningkatan besar dalam sumber-sumber daya NHS dan kemampuan untuk mengakhiri kritik yang menyatakan bahwa banyaknya masalah NHS hanya disebabkan oleh kurangnya investasi yang sudah berlangsung begitu lama (*Secretary of State for Health, 2000*).

Pemimpin politik individu juga memiliki arti tersendiri, bahkan dalam dunia modern yang kompleks dan saling berkaitan ini, yang membatasi pemerintah untuk melakukan banyak hal (seperti yang akan Pembaca pelajari dalam Bab 8). Salah satu contoh paling mencolok mengenai dampak keputusan para pemimpin negara yang saling bertentangan dapat dilihat dalam kebijakan pemerintah mengenai HIV/AIDS di Afrika Selatan dan Uganda pada akhir tahun 1990-an dan awal 2000-an. Kedua negara tersebut memiliki tingkat kelaziman HIV/AIDS yang sangat tinggi. Di Afrika Selatan, Presiden Thabo Mbeki menolak hubungan antara HIV dan AIDS sebagai bagian dari perjuangan politik nasional terhadap pengendalian informasi dan perlawanan terhadap dominasi ilmu pengetahuan barat (Schneider, 2002). Pemerintahannya menolak untuk mendukung pembelian obat-obatan anti-retroviral yang digunakan untuk merawat para penderita AIDS. Di Uganda, Presiden Yoweri Museveni secara luas dipuji karena kebijakannya yang cukup berbeda – kebijakan yang membahas HIV/AIDS secara terbuka dan mengundang semua golongan untuk membantu menggalang respons nasional terhadap epidemi tersebut. Walaupun lingkungan politik yang lebih luas, khususnya di Uganda, menguntungkan sudut pandang seperti ini (misalnya, tidak ada industri pariwisata besar yang dirugikan karena keterbukaan ini), Presiden sendiri berkontribusi secara meyakinkan demi keleluasaan dalam pembuatan kebijakan (Parkhurst, 2001).

Kontribusi birokrasi

Para pejabat yang ditunjuk untuk menjalankan sistem pemerintahan disebut pegawai pemerintah atau pegawai negeri. Meski disebut sebagai ‘pegawai’ dari para politisi, peran mereka lebih dari sekedar bertugas untuk menjalankan proses kebijakan di banyak area kebijakan. Ada banyak sekali fungsi yang harus dilaksanakan oleh badan eksekutif, yang membuat mereka harus mendelegasikan sebagian dari tugas-tugas tersebut pada para birokrat yang akan melaksanakan tugas-tugas tersebut atas nama mereka. Pegawai pemerintah juga memiliki pengaruh karena keahlian, pengetahuan dan pengalaman mereka. Sementara para menteri dan pemerintahan terus berganti, sebagian besar birokrat tetap pada posisinya untuk menjaga kelangsungan sistem pemerintahan. Bahkan di negara-negara seperti Amerika Serikat dan sebagian besar negara-negara Amerika Latin yang pegawai pemerintah tingkat atasnya berganti ketika pemerintahan yang berkuasa juga berganti, sebagian besar tugas pegawai pemerintahnya tetap tidak terpengaruh. Di negara-negara seperti Inggris, Selandia Baru dan Australia, terdapat tradisi yang kuat yang menyangkut kenetralan dan otonomi pegawai pemerintah dari para politisi. Pemerintahan dan para menteri yang baru jelas lebih tergantung pada para pejabatnya jika menyangkut informasi, meski hanya sampai mereka mengetahui apa yang terjadi dalam lingkungan kerja mereka dan mengetahui secara terperinci bagaimana sistem pemerintahan berjalan, namun mereka mungkin juga menjadi curiga pada para pejabat yang sampai saat itu telah bekerja pada pemerintah yang dipimpin oleh lawan politik mereka dan akan lebih enggan untuk menerima pandangan para pejabat tersebut mengenai pilihan-pilihan kebijakan yang ada.

Kewenangan birokrasi yang berhadapan dengan para politisi berbeda dari negara ke negara, dari waktu ke waktu dan dari sektor kebijakan satu ke sektor kebijakan lain. Di Korea, Jepang, Singapura dan Perancis, pegawai pemerintah memiliki status yang tinggi, etos profesionalitas yang netral dan tugas yang jelas untuk memberikan masukan-masukannya sendiri

pada politisi. Setelah masa pelatihan yang lama, pegawai pemerintah terbentuk menjadi kelompok yang berpengetahuan dan homogen dan akan berkarir panjang dalam pemerintahan.

Kegiatan 5.4

Bagaimana pegawai pemerintah di negara pembaca apabila dibandingkan dengan pegawai pemerintah yang telah dibicarakan dalam paragraf di atas? Pembaca mungkin ingin menyusun jawaban Pembaca dengan menuliskan beberapa kalimat sebagai jawaban atas pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

- Bagaimana status sosial pegawai pemerintah?
- Seberapa baiknya penggajian terhadap pegawai pemerintah?
- Pelatihan apa yang diterima oleh pegawai pemerintah?
- Seberapa ahlinya mereka dalam bidang-bidang kebijakan yang berbeda?
- Apakah menjadi pegawai pemerintah merupakan sebuah karir atau lebih merupakan pekerjaan biasa seperti pekerjaan-pekerjaan lain?
- Apakah pegawai pemerintah memiliki tradisi untuk memberikan masukan-masukan pribadinya pada menteri atau apakah mereka lebih merupakan kepanjangan tangan dari badan eksekutif?
- Apakah posisi pegawai pemerintah senior juga berubah ketika pemerintahan mengalami perubahan?
- Apa dampak perubahan atau keberlanjutan posisi pegawai pemerintah dalam pengembangan kebijakan?
- Apakah petugas pada sistem pelayanan kesehatan terpisah atau merupakan bagian dari pegawai pemerintah?
- Menurut Pembaca, bagaimana kualitas pegawai pemerintah di negara Pembaca, khususnya yang berhubungan dengan sistem kesehatan, dapat ditingkatkan?

Untuk menjawab pertanyaan ini, pembaca mungkin harus melakukan sedikit penelitian. Mungkin ada departemen pemerintah atau lembaga yang mengawasi pegawai pemerintah atau mungkin buku-buku tentang sistem pemerintahan negara pembaca yang secara spesifik membahas mengenai pegawai pemerintah.

Feed Back

Setelah melihat ke seluruh penjuru dunia, jelaslah bahwa negara-negara seperti Korea yang memiliki birokrasi yang kuat adalah negara yang istimewa. Di banyak negara, khususnya negara-negara miskin dengan tingkat korupsi tinggi, upah yang rendah dan kurangnya infrastruktur, birokrasi seringkali tidak mampu untuk menangani masalah-masalah yang dihadapi oleh negara. Dalam situasi seperti ini, badan eksekutif dan para pendukung politiknya cenderung untuk menggunakan mekanisme dan kebijakan pemerintah untuk mengejar kepentingan mereka sendiri, dengan mengorbankan kebutuhan dan kesejahteraan sebagian besar rakyat. Dengan kata lain, mereka tidak memiliki dua ciri *otonomi* dan *kapasitas* yang telah dibahas di awal bab ini.

Bahkan di negara-negara yang pegawai pemerintahnya jauh lebih siap, dalam satu sektor tertentu kewenangan birokrasi tergantung pada pengorganisasian internal mereka. Jadi, apabila dalam sektor kesehatan ada sejumlah kecil lembaga dan sejumlah kecil pejabat pada setiap lembaga tersebut yang memiliki wewenang untuk mengambil keputusan yang terlepas dari para politisi, birokrat akan cenderung untuk menjadi berpengaruh dalam kebijakan-kebijakan kesehatan tertentu yang sedang diproses. Sebaliknya, apabila ada sejumlah besar lembaga yang masing-masing memiliki wewengangnya sendiri, tidak ada kelompok pejabat mana pun yang akan memiliki pengaruh terhadap suatu pokok persoalan tertentu dan politisi kemungkinan akan memiliki pengaruh langsung yang lebih besar terhadap berbagai area kebijakan.

Serupa dengan hal ini, pengaruh pegawai pemerintah terhadap perumusan kebijakan juga tergantung pada sejauh mana mereka memiliki monopoli terhadap masukan-masukan yang sampai ke para menteri. Jadi di Inggris, Australia, dan Selandia Baru yang secara tradisional pegawai pemerintahnya merupakan sumber pemberi masukan bagi para menteri, pemerintahnya telah bertindak untuk memperluas sumber-sumber masukan bagi para menteri tersebut selama 25 tahun terakhir, contohnya, dengan cara mengembangkan unit-unit kebijakan dan strategi dalam pemerintahan yang dijalankan oleh gabungan penasihat politik dan pegawai pemerintah yang dipilih sendiri, dan dengan membuka pos-pos pegawai pemerintah bagi para pelamar dari luar. Dengan cara demikian, batasan antara layanan publik dan lingkaran politik, bersama-sama dengan jalan-jalan kehidupan lain seperti bisnis dan akademisi telah benar-benar menjadi kabur, dan mereka yang bertugas di bidang politik telah bertambah dalam jumlah dan memiliki pengaruh yang lebih besar dalam proses pemerintahan.

Akhirnya, pengaruh birokrasi tergantung pada jenis kebijakan yang sedang dibahas. Kebijakan-kebijakan besar (contohnya, kebijakan ekonomi makro), dan/atau kebijakan-kebijakan yang memiliki kepentingan ideologis dan bernilai tinggi (yaitu, kebijakan-kebijakan 'tingkat tinggi') lebih sering dikendalikan oleh para politisi senior. Apabila layanan publik berlawanan arah dengan kebijakan, maka, apabila pemerintah yang menang, sesuai dengan definisinya, menteri akan mengambil alih kepemimpinan dan peran pegawai pemerintah hanya akan terbatas untuk memastikan bahwa keinginan-keinginan pemerintah dapat dilaksanakan. Sebaliknya, pada pokok-pokok persoalan 'kebijakan tingkat rendah' – yang berhubungan dengan tugas-tugas keseharian lembaga-lembaga tertentu – pegawai pemerintah cenderung untuk memiliki pengaruh yang lebih besar dalam membentuk pokok persoalan dan menawarkan pemecahannya.

Kedudukan Menteri Kesehatan

Birokrasi bukan merupakan organisasi yang tanpa cacat. Birokrasi dibagi menjadi beberapa departemen atau kementerian, juga lembaga-lembaga lain dengan fungsi yang lebih khusus. Sebenarnya, kekhususan merupakan ciri dari birokrasi. Masing-masing organisasi akan memiliki kepentingan dan cara-cara yang berbeda untuk beroperasi. Yang paling jelas kelihatan, Departemen Keuangan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa sumber daya dialokasikan di antara berbagai departemen yang berbeda sesuai dengan prioritas pemerintah sementara satu departemen khusus seperti departemen kesehatan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kebutuhan sektor kesehatan mereka dapat terpenuhi sebagaimana mestinya ketika keputusan telah diambil. Beberapa perbedaan pendapat tidak bisa dihindari karena masing-masing departemen bersikukuh mengenai apa yang mereka anggap sebagai kontribusi yang layak bagi anggaran pemerintah. Selain itu, kementerian yang berbeda berhubungan dengan 'komunitas kebijakan' atau 'jaringan kebijakan' (yaitu, kelompok-kelompok yang sedikit banyak lebih terorganisir, di dalam maupun di luar pemerintahan, dalam sektor khusus yang berusaha mempengaruhi kebijakan pemerintah) yang berbeda pula yang bervariasi skala dan tingkat kekompleksannya, dengan demikian mempengaruhi bagaimana departemen berfungsi. Lebih jauh lagi, sebuah departemen dibagi secara internal, seringkali sesuai garis fungsional, teknis atau garis kebijakan. Jadi, sebuah Departemen Kesehatan

mungkin memiliki divisi-divisi yang berhubungan dengan bentuk-bentuk utama sistem kesehatan seperti rumah sakit, layanan kesehatan dasar dan kesehatan masyarakat, juga divisi-divisi medis, keperawatan dan penasihat profesional lain yang melintasi divisi-divisi ini. Kemungkinan ada juga kementerian atau otoritas kesehatan yang terpisah di tingkat regional atau kabupaten yang mungkin tidak banyak berperan dalam pengidentifikasian dan perumusan kebijakan, namun berperan penting dalam penerapan kebijakan, tergantung tingkat desentralisasi dalam sistem pemerintahan (lebih jauh mengenai hal ini bisa dipelajari pada Bab 7).

Departemen memiliki status yang berbeda-beda. Di manakah biasanya kedudukan Departemen Kesehatan dalam hirarki informal departemen? Di negara-negara miskin, Departemen Kesehatan sering tampak berada pada posisi terendah dalam hirarki, di bawah Departemen Keuangan, Departemen Pertahanan, Departemen Luar Negeri, Departemen Perindustrian, Departemen Perencanaan dan Departemen Pendidikan, lepas dari kenyataan bahwa Departemen Kesehatan memiliki anggaran yang relatif lebih besar karena banyaknya tenaga kerja, pusat-pusat kesehatan dan rumah sakit yang harus dibiayainya.

Kegiatan 5.5

Menurut pembaca, mengapa di negara-negara miskin, Departemen Kesehatan dan kebijakan kesehatan sering berada pada posisi yang relatif rendah dalam hirarki status dan perhatian?

Feed Back

Penjelasan mengenai status yang rendah mencakup kenyataan bahwa negara-negara miskin sering menghadapi masalah-masalah ekonomi yang sangat mendesak, yang pemecahan-pemecahannya sering dianggap ada dalam perbaikan dan peningkatan ekonomi daripada dalam pengembangan sistem kesehatan. Para ahli ekonomi di Departemen Keuangan yang dominan seringkali menganggap pengeluaran dalam bidang kesehatan sebagai 'konsumsi' (yaitu, pengeluaran saat ini yang hanya memberikan manfaat untuk saat ini saja) dan cenderung untuk tidak melihatnya sebagai 'investasi' (yaitu, pengeluaran saat ini untuk memperoleh manfaat di masa depan) yang mereka anggap sebagai prioritas yang lebih tinggi (*Commission on Macroeconomics and Health*, 2001). Secara tradisional, pendekatan mereka ini diusahakan untuk sejauh mungkin membatasi konsumsi demi investasi di bidang-bidang seperti infrastruktur (jalan, pelabuhan, sistem pembuangan air) dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan ekonomi jangka panjang. Meskipun demikian, semakin disadari adanya fakta bahwa pengeluaran untuk perbaikan kesehatan yang diarahkan secara bijaksana (misalnya, pencegahan HIV dan perawatan AIDS di negara-negara dengan tingkat kelaziman tinggi) dapat menjadi investasi yang sangat berharga, khususnya di negara-negara dengan angka harapan hidup yang rendah, dan harus dipandang sebagai bagian dari kebijakan ekonomi karena tenaga kerja yang sehat amat sangat mungkin menjadi lebih produktif.

Lepas dari hal-hal ini, masihlah benar untuk mengatakan bahwa pokok-pokok persoalan kesehatan cenderung untuk menjadi perhatian kabinet hanya pada saat-saat krisis (lihat Bab 4). Walaupun mungkin ada krisis penyakit epidemi seperti kolera, malaria, TB, AIDS atau SARS, krisis ekonomi lebih mungkin untuk mengalahkannya pembahasan mengenai pokok-pokok persoalan kesehatan seperti bagaimana membiayai obat-obatan yang mahal atau teknologi baru di tengah ancaman merosotnya pendapatan pemerintah. Dalam situasi seperti ini, sangatlah wajar untuk mempertimbangkan pembahasan yang intensif mengenai usulan-usulan pemberlakuan biaya pengguna bagi klinik-klinik swasta. Seringkali, kebijakan biaya ini menjadi sangat tidak disukai, namun yang lebih penting, peningkatan biaya jaminan cenderung untuk mengurangi akses di antara kelompok yang paling membutuhkan dalam masyarakat.

Hubungan dengan departemen lain

Di semua negara, tidak hanya di negara yang Departemen Kesehatannya berstatus rendah, departemen lain yang kebijakannya mempengaruhi kesehatan cenderung untuk menjadi lebih asyik dengan pokok-pokok persoalan kebijakan sektoral mereka sendiri daripada memusatkan diri untuk berkontribusi pada seperangkat luas kebijakan kesehatan pemerintah. Jadi, departemen yang bertanggung jawab atas sektor-sektor seperti sumber daya alam, pertanian dan terutama pendidikan, memiliki tujuan tersendiri yang ingin mereka capai dan mereka bertanggung jawab penuh untuk mencapainya. Akibatnya, mereka mungkin tidak terlalu memprioritaskan dampak kesehatan dari keputusan-keputusan mereka terhadap manusia. Banyak negara membentuk badan-badan intersektoral (lintas departemen) pada tahun 1970-an untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan kesehatan (misalnya, dewan kesehatan nasional di Sri Lanka) atau lintas pemerintahan (misalnya, Staf Peninjau Kebijakan Sentral – *Central Policy Review Staf* – di Inggris) sebagai tanggapan atas semakin tingginya kesadaran mengenai masalah-masalah seperti ini. Baru-baru ini, banyak negara telah membentuk komite nasional atau satuan tugas dalam usahanya untuk merespons epidemi HIV/AIDS dengan cara yang saling bersesuaian di semua lembaga pemerintahan yang relevan. Lepas dari usaha yang berkesinambungan ini, sebagian besar kebijakan cenderung untuk diterapkan secara sektoral, yang menggambarkan struktur utama departemen-departemen pemerintah yang terpisah-pisah. Biasanya, departemen pertanian terus mempromosikan hasil-hasil panen (misalnya, tembakau) dan bentuk-bentuk peternakan (misalnya, pemeliharaan ternak intensif) dengan satu tujuan untuk memaksimalkan keuntungan tanpa pertimbangan yang serius mengenai kemungkinan dampak negatifnya bagi kesehatan dan gizi. Sekarang ini, banyak pemerintahan yang berjuang demi lembaga-lembaga maupun proses yang lebih terintegrasi atau ‘terkoordinasi’ dalam rangka perumusan dan penerapan kebijakan meski perpecahan dalam proses kebijakan tersebut jauh lebih mudah untuk diidentifikasi daripada diperbaiki. Dalam banyak hal, hal ini dilanggengkan oleh tujuan-tujuan lain seperti peningkatan level keahlian dalam pemerintahan yang akan berlanjut pada spesialisasi dan kebutuhan yang lebih besar akan sistem koordinasi yang lebih baik.

Kegiatan 5.6

Di negara pembaca, kebijakan pemerintah yang manakah yang akan diputuskan secara berbeda kalau saja dampak kesehatannya juga dipertimbangkan?

Feed Back

Jawaban pembaca jelas akan tergantung pada negara dan pengalaman pembaca. Biasanya, kebijakan seperti proyek-proyek lingkungan yang besar (misalnya, bendungan atau jalan raya) tidak terlalu diperhatikan konsekuensi kesehatannya baik secara langsung maupun tidak langsung. Contohnya, jalan-jalan yang lebih baik dan lebih cepat, kecuali dibangun dengan baik dan dengan tujuan untuk mengurangi angka kecelakaan dan kematian para pemakai jalan, dapat memiliki konsekuensi yang bertolak belakang dengan tujuannya, khususnya bagi anak-anak. Dampak seperti ini sering tidak dipahami dengan baik atau tidak dipertimbangkan secara seimbang dengan kerugian maupun keuntungan yang lain. Seandainya hal ini dilakukan, keputusan kebijakan mungkin akan berbeda. Contoh lain kebijakan yang mungkin juga akan berbeda apabila dampak kesehatannya dipertimbangkan berhubungan dengan subsidi pemerintah untuk produksi tembakau di sejumlah negara miskin atau negara berkembang. Kerugian dari dampak kesehatan yang negatif dari mengkonsumsi produksi tembakau lokal dapat melebihi keuntungan ekonomi dari produksi dan ekspor.

Sementara kesehatan seharusnya tidak selalu menjadi tujuan utama keputusan-keputusan pemerintah karena ada banyak tujuan lain yang berkontribusi terhadap kesejahteraan rakyat dan terhadap kesehatan yang lebih baik (misalnya, pencapaian tingkat pendidikan yang lebih tinggi),

sangatlah penting bagi keputusan kebijakan utama untuk sejauh mungkin mempertimbangkan berbagai macam konsekuensi yang mungkin timbul. Pada akhir tahun 1990-an, lembaga-lembaga internasional seperti Organisasi Kerja Sama dan Pembangunan Ekonomi – *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) – mempromosikan pendekatan yang lebih ‘berfokus pada hasil’ sebagai cara untuk mendorong pengkoordinasian langkah-langkah departemen maupun lembaga-lembaga tertentu secara lebih baik, dan untuk lebih memperhatikan semua hasil kebijakan. Idenya adalah bahwa semua departemen seharusnya diwajibkan untuk menunjukkan bagaimana mereka berkontribusi dalam meningkatkan hasil yang paling dihargai oleh pemerintah, seperti meningkatkan kemampuan membaca dan menulis serta kesehatan bayi, melalui tindakan-tindakan yang mereka ambil di sektor mereka masing-masing. Pada prinsipnya, menurut sistem pelaporan dan pertanggungjawaban seperti ini, Menteri Pendidikan dan Menteri Kesehatan seharusnya lebih mempertimbangkan keterkaitan kegiatan-kegiatan mereka karena kesehatan anak penting untuk pencapaian pendidikan mereka, dan sebaliknya. Demikian pula halnya dengan Menteri Transportasi yang akan diharuskan untuk melaporkan kontribusinya terhadap kesehatan anak dengan cara menunjukkan bahwa jaringan jalan yang dibangunnya didesain untuk melindungi para pejalan kaki sekaligus memastikan kelancaran arus lalu lintas.

Nasihat profesional versus nasihat dari sumber-sumber lain

Satu ciri penting dari Departemen Kesehatan terletak pada relatif tingginya status para penasihat utama mereka. Mereka mempergunakan dan membeli nasihat-nasihat teknis dari dokter, perawat, ahli farmasi dan tenaga-tenaga profesional lain. Di banyak negara, kepala divisi dalam departemen kesehatan sebagian besar adalah profesional di bidang kesehatan, khususnya dokter. Konflik di antara para profesional yang berstatus tinggi dan birokrat-birokrat lain sangat mungkin terjadi. Apabila Menteri Kesehatan adalah seorang dokter, kemungkinan akan ada ketidakcocokan antara tujuan profesional dan tujuan-tujuan lain. Contohnya, sang menteri mungkin akan keberatan untuk memulai perubahan yang mengancam kebebasan klinis para dokter. Mungkin juga akan ada kecenderungan dalam pemikiran kebijakan untuk menganggap pelayanan medis sebagai sarana utama peningkatan kesehatan dan mengabaikan langkah-langkah kesehatan masyarakat seperti imunisasi atau persediaan air bersih yang lebih baik.

Kegiatan 5.7

Setelah pembaca membaca mengenai lembaga-lembaga utama dalam pemerintahan, gambarkan sistem pemerintahan di negara pembaca. Pertanyaan-pertanyaan berikut akan membantu pembaca untuk menyusun laporan:

- 1 Berapa banyak jumlah partai politik di negara Pembaca? Bagaimana jalannya proses pemilihan umum? Apakah partai mempersiapkan manifesto yang menggambarkan apa yang akan mereka lakukan apabila mereka terpilih untuk menduduki pemerintahan? Apakah pandangan-pandangan mereka disebarluaskan melalui televisi, radio atau surat kabar? Apakah pemerintah yang sekarang memiliki jabatan-jabatan partai politik yang terpisah dari pemerintahan? Apakah pemerintahan yang sekarang terdiri dari satu partai politik atau lebih?
- 2 Apakah sistem pemerintahan di negara pembaca merupakan sistem unitarian atau sistem federal, apakah ada daerah atau propinsi yang memiliki kebebasan yang cukup besar untuk mengatur urusan-urusan mereka sendiri (misalnya, layanan kesehatan) atau semua keputusan utama diambil di tingkat nasional dan tingkat yang lebih rendah hanya melaksanakannya saja?
- 3 Apakah badan legislatif di negara Pembaca menganut sistem *unicameral* (satu dewan) atau *bicameral* (dua dewan)? Apakah semua anggotanya dipilih atau sebagian di antaranya ditunjuk? Jika ya, siapa yang menunjuk mereka? Seberapa besar pengaruh badan legislatif jika

dibandingkan dengan badan eksekutif (kabinet)? Apakah anggota badan legislatif dapat mempertanyakan atau menentang keputusan presiden dan/atau perdana menteri?

- 4 Siapa saja anggota badan eksekutif di negara Pembaca? Apabila ada presiden dan perdana menteri, apa saja tanggung jawab mereka masing-masing? Apakah badan eksekutif benar-benar terpisah dari badan legislatif atau apakah anggota badan eksekutif harus berasal dari badan legislatif? Seberapa kuatnya kekuasaan kepala negara (presiden atau perdana menteri) jika dibandingkan dengan menteri-menteri lain dalam badan eksekutif?
- 5 Apa saja wewenang badan yudikatif dalam kaitannya dengan tindakan-tindakan yang diambil oleh badan eksekutif dan badan legislatif? Seberapa independennya para hakim yang berasal dari partai-partai yang berkuasa? Apakah ada konstitusi tertulis? Apakah konstitusi tersebut dijalankan oleh pengadilan?
- 6 Secara keseluruhan, sistem pemerintahan seperti apa yang dimiliki oleh negara Pembaca? Gunakan jenis-jenis rezim politik yang dijelaskan pada Bab 2 sebagai acuan.

Feed Back

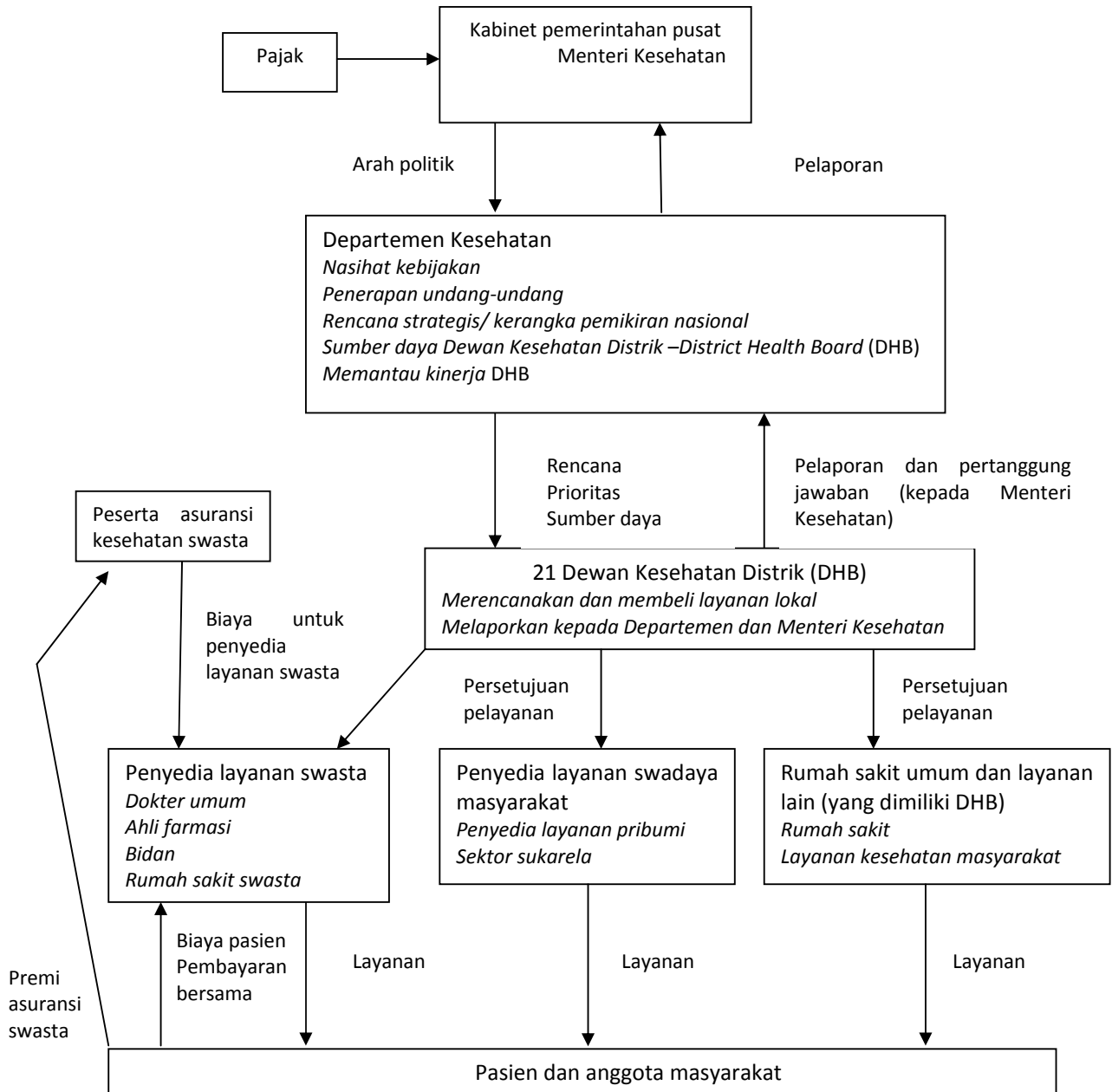
Kalau pembaca merasa ada hal-hal penting yang tidak pembaca ketahui, pembaca harus mencari buku-buku referensi dan/atau edaran-edaran pemerintah untuk melengkapi laporan. Perserikatan Bangsa-Bangsa sudah menerbitkan informasi mengenai sistem pemerintahan dari negara-negara di seluruh dunia.

Kegiatan 5.8

Setelah pembaca memahami sistem pemerintahan negara masing-masing, sekaranglah saatnya untuk membuat sketsa mengenai organisasi-organisasi pemerintahan utama yang membentuk sistem kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan berikut akan membantu untuk menyusun jawaban pembaca:

- 1 Apakah ada Menteri Kesehatan pada tingkat nasional? Apa saja cakupan tanggung jawabnya? Apakah Menteri Kesehatan termasuk dalam kabinet? Apakah posisi ini menarik bagi para politisi?
- 2 Apakah ada Departemen Kesehatan nasional? Bagaimana departemen ini terhubung dengan menteri-menterinya dan dengan badan legislatif? Apa saja yang menjadi tanggung jawab dari departemen ini? Dari mana saja sumber-sumber dayanya berasal? Bagaimana sistem kepegawaian departemen ini (misalnya, pegawai umum, spesialis atau gabungan keduanya) dan bagaimana departemen tersebut dikelola secara internal? Apakah ada hirarki fungsi maupun kegiatan-kegiatan nasional, regional, distrik, dan lokal dalam departemen, atau apakah departemen ini hanya beroperasi di tingkat nasional saja (misalnya, menentukan arah umum kebijakan)?
- 3 Apakah ada organisasi nasional lain yang relevan dengan kebijakan kesehatan? Apa saja yang dilakukan masing-masing organisasi? Bagaimana organisasi-organisasi ini terhubung dengan Menteri atau Departemen Kesehatan?
- 4 Apabila ada penasihat atau para ahli yang berasal dari lembaga-lembaga internasional yang terlibat di tingkat nasional, apa saja yang mereka lakukan dan bagaimana mereka terhubung dengan Departemen Kesehatan?
- 5 Bagaimana sistem kesehatan di tingkat-tingkat yang lebih rendah dikelola?

- 6 Menurut pembaca, bagaimana masing-masing ciri keorganisasian yang telah pembaca jelaskan di atas berdampak pada bagaimana keputusan kebijakan kesehatan dibuat dan diterapkan di negara pembaca?
- 7 Bagaimana sistem pemerintahan yang telah pembaca ringkas dalam kegiatan sebelumnya menentukan bagaimana Departemen Kesehatan dan sistem kesehatan berjalan?



Gambar 5.1 Organisasi sistem kesehatan Selandia Baru, 2004

Sumber: Diadaptasi dari Departemen Kesehatan (2004)

Mungkin akan lebih membantu apabila pembaca membuat diagram yang menggambarkan bagaimana badan-badan yang berbeda itu saling berhubungan. Diagram ini disebut *organogram* atau bagan organisasi. Membuat bagan ini merupakan cara yang tepat untuk merangkum banyak

informasi organisasional yang relatif sederhana. Biasanya, bagan tersebut menunjukkan garis wewenang dan garis tanggung jawab antar tingkatan yang berbeda dalam sebuah hirarki. Anak panah juga bisa digunakan untuk menunjukkan bagaimana sumber daya dan informasi mengalir antar lembaga, juga untuk menunjukkan bagaimana hubungan antar konsultan dan penasihat. Gambar 5.1 merupakan contoh bagan organisasi sistem kesehatan di Selandia Baru.

Feed Back

Jelas sekali jawaban Pembaca akan sangat bergantung pada situasi di negara Pembaca.

Sangatlah penting untuk menyadari bahwa bagan organisasi semacam ini merupakan gambaran sistem yang sangat abstrak dan bisa saja menyesatkan. Bagaimana sistem sebenarnya berjalan mungkin tidak terlalu mirip dengan apa yang secara formal digambarkan dalam diagram organisasi. Badan organisasi mungkin hanya paling menggambarkan model rasional proses politik (lihat Bab 2). Salah satu tujuan buku ini adalah untuk menunjukkan bahwa, sementara bagan organisasi bisa menjadi inspirasi, bagan tersebut jarang mendeskripsikan proses kebijakan secara akurat. Bab sebelumnya yang membahas bagaimana pokok persoalan masuk dalam agenda kebijakan dan dua bab berikut yang membahas mengenai peran kelompok-kelompok kepentingan dan mengenai penerapan kebijakan menunjukkan bahwa proses kebijakan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kelompok-kelompok yang berada di luar struktur pengambilan keputusan formal sistem kesehatan. Selain itu, cara hirarkis 'top-down' yang biasanya digunakan untuk menggambarkan sistem seringkali tidak berhasil untuk menangkap peran penting yang dimainkan oleh para staf garis depan dalam kaitannya dengan apakah dan bagaimana, jika memang benar mereka memiliki peran, kebijakan yang dikembangkan di tingkat yang lebih tinggi diterapkan.

Rangkuman

Walaupun sebagian besar negara memiliki badan legislatif yang seolah-olah membuat kebijakan, fungsi utama badan legislatif ini biasanya adalah untuk membahas dan memeriksa usulan-usulan dari badan eksekutif. Dalam sebagian besar sektor kebijakan, badan eksekutif (para menteri) dan birokrasi (pegawai pemerintah) biasanya memiliki sumber daya dan kedudukan untuk mengendalikan apa yang bisa masuk dalam agenda kebijakan dan dirumuskan menjadi kebijakan, sementara anggota legislatif berperan sebagai pembantu, khususnya dalam sistem parlementer. Ketika politisi sering berganti, birokrasi yang permanen mungkin akan memiliki wewenang yang sangat penting dalam perumusan kebijakan, namun, pada umumnya, politisilah yang memprakarsai perumusan kebijakan dalam area-area yang merupakan perhatian politik utama (politik 'tingkat tinggi').

Referensi

- Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization
- Healey J dan Robinson M (1992). *Democracy, Governance and Economic Policy*. London: Overseas Development Institute
- Howlett M dan Ramesh M (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press
- Ministry of Health (2004). *The Health and Independence Report 2004: Director-General of Health's Report on the State of Public Health*. Wellington: Ministry of Health
- OECD (1997). *In Search of Results: Performance Management Practices*. Paris: OECD

- Parkhurst JO (2001). The crisis of AIDS and the politics of response: the case of Uganda. *International Relations* 15: 69-87
- Schneider H (2002). On the fault-line: the politics of AIDS policy contemporaru South Africa. *African Studies* 61: 145-67
- Secretary of State for Health (2000). *The NHS Plan: A Plan for Investment, a plan for Reform*. Cm 4818-I. London: The Stationary Office
- Tuohy CH (20004). Health care reform strategies in cross-national context: implication for primary care in Ontario. In Wilson R, Shortt SED dan Dorland J (eds) *Implementing Primary Care ReformL Barriers and Facilitators*. Montreal and Kingston: McGill-Quenn's University Press, pp. 73-96
- Wanless D dan Health Trends Review Team (2002). *Securing Our Future Health: Taking a Long Term View*. London: HM Treasury

Chapter 6

***Interest group* dan proses kebijakan**

Gambaran Umum

Bab sebelumnya fokus pada lembaga pemerintah dan bagaimana pembuat kebijakan pemerintah berada pada jantung proses kebijakan tersebut. Tapi tidak ada politikus maupun pegawai sipil yang beroperasi dalam sistem tertutup, terutama dalam demokrasi yang berjalan dengan baik. Untuk menggunakan istilah '*policy triangle*' atau segitiga politik pada Bab 1, ada banyak aktor dalam proses kebijakan itu. Pemerintah sering berkonsultasi dengan kelompok eksternal untuk melihat apa pendapat mereka tentang isu yang ada dan untuk memperoleh informasi tertentu. Pada akhirnya kelompok ini berusaha untuk mempengaruhi kementerian dan pegawai negeri. Di banyak negara, *interest group* atau *pressure group* jumlahnya semakin banyak, dan ingin mempengaruhi pemikiran pemerintah dalam kebijakan atau ketentuan pelayanan. Mereka menggunakan berbagai cara agar suara mereka didengar, termasuk dengan membangun hubungan dengan mereka yang berkuasa, memobilisasi media, mengadakan diskusi formal atau menyediakan bahan kritikan terhadap kebijakan pemerintah kepada oposisi politik. Beberapa *interest group* jauh lebih berpengaruh dibandingkan yang lain: dalam bidang kesehatan, profesi medis masih merupakan kepentingan yang paling berpengaruh di luar pemerintah di banyak negara.

Tujuan pembelajaran

Setelah bekerja dengan bab ini, pembaca diharap lebih mampu untuk:

- Menjelaskan apakah yang dimaksud dengan *interest group* atau *pressure group*
- Mengklasifikasikan jenis *interest group* atau *pressure group* yang berbeda-beda
- Menjelaskan taktik yang digunakan oleh *interest group* yang berbeda-beda agar suara mereka didengar
- Menghargai sumber daya berbeda-beda yang tersedia untuk berbagai *interest group* yang berbeda-beda
- Mengidentifikasi bagaimana *interest group* dan pemerintah membentuk bidang kebijakan tertentu
- Menghitung perkiraan kenaikan *civil society group* dalam kebijakan publik

Istilah penting

Cause group: *interest* atau *pressure group* yang tujuan utamanya adalah untuk mempromosikan isu atau faktor tertentu.

Civil society: masyarakat yang berada di antara lingkup keluarga atau rumah tangga pribadi dengan lingkup pemerintah.

Civil society group: kelompok atau organisasi yang berada di luar pemerintah dan melampaui tingkat keluarga/rumah tangga. Kelompok ini bisa terlibat ataupun tidak dalam kebijakan publik (seperti kelompok olah raga adalah organisasi masyarakat sipil, tapi bukan *pressure group* primer).

Discourse (epistemic) community: *Policy community* yang ditandai dengan *share* nilai politik, dan *share* pemahaman permasalahan, definisi dan penyebabnya.

Insider group: *interest group* yang melaksanakan sebuah strategi yang dirancang untuk memenangkan status legitimasi partisipan dalam proses kebijakan.

Interest (pressure) group: jenis *civil society group* yang berusaha untuk mempengaruhi proses kebijakan untuk mencapai tujuan tertentu.

Interest network: *policy community* yang didasarkan pada materi kepentingan yang sama.

Iron triangle: *policy community* kecil yang stabil dan eksklusif, biasanya melibatkan badan eksekutif, komite legislatif dan interest group (misalnya pembelaan).

Issue Network: jaringan lepas yang tidak stabil dengan jumlah anggota yang banyak dan biasanya melakukan fungsi konsultatif.

Non-governmental organization (NGO/LSM): setiap organisasi *non profit* di luar pemerintah tapi saat ini semakin sering merujuk pada organisasi terstruktur yang memberikan pelayanan.

Outsider group: *interest group* yang gagal memperoleh status *insider* atau tidak bebas memilih jalur konfrontasi dengan pemerintah.

Peak (apex) association: *interest group* yang terbentuk dari *interest group* lain, dan biasanya merupakan perwakilan dari *interest group* lainnya.

Policy community (sub-system): jaringan organisasi relatif stabil dan individual yang terlibat dalam bagian dari kebijakan publik yang dikenal dan lebih luas seperti kebijakan kesehatan. Dalam setiap bidang ini, terdapat subsistem yang teridentifikasi, seperti untuk kebijakan kesehatan mental, dengan *policy community* mereka.

Sectional group: *interest group* yang tujuan utamanya adalah untuk melindungi dan meningkatkan kepentingan anggotanya dan/atau seksi dari masyarakat yang diwakilinya.

Social movement: kelompok individual lepas yang berbagi pandangan dan usaha untuk mempengaruhi yang lain tanpa struktur organisasi formal.

Pendahuluan

Pada Bab 2, pembaca diperkenalkan dengan terori pluralisme, yakni sebuah pandangan di mana kekuasaan tersebar luas dalam masyarakat sehingga tidak ada kelompok yang memegang kekuasaan absolut. Pluralis berpengaruh dalam membangun perhatian terhadap gagasan pendamaian negara antara persaingan kepentingan dengan perkembangan kebijakan. Hasilnya, mereka fokus pada *interest group* untuk menjelaskan bagaimana kebijakan dibentuk, yang berpendapat, meskipun terdapat *elite*, tapi tidak ada *elite* yang mendominasi sama sekali. Sumber kekuasaan seperti informasi, keahlian dan uang, terdistribusi secara non-kumulatif. Apabila hal ini benar untuk masalah kebijakan rutin ('politik rendah'), maka pluralisme dikritisi karena tidak memberikan timbangan yang sesuai terhadap fakta bahwa keputusan ekonomi utama, yang merupakan bagian dari 'politik tingkat tinggi', cenderung diambil oleh *elite* kecil dalam rangka untuk mempertahankan rezim ekonomi yang ada. Dalam keadaan ini, pluralisme jelas 'membatasi' kepentingan mereka yang ingin menggantikan sistem ekonomi kapitalis dengan sosialis dan tidak akan diundang dalam proses pengambilan kebijakan. Bab ini membahas bagaimana usaha *interest group* mempengaruhi masalah kebijakan rutin.

Pluralis juga dikritik karena gagal mengenali perbedaan utama antar negara, terutama fakta bahwa di banyak negara perbendahapatan rendah, terdapat sinyal kecil sampai *interest group* nasional yang saat ini bisa dibandingkan, yang memberikan tekanan pada pemerintah dan membuka proses kebijakan terhadap pengaruh non pemerintah. Sederhananya, di negara-negara ini, pengaruh di luar pemerintah cenderung turun dari personal ke hubungan keluarga dimana menteri dan pegawai kantor diharapkan menggunakan posisi mereka untuk meningkatkan situasi anggota keluarga atau suku mereka. Namun pada tahun 1980 dan 1990 terdapat bukti yang terus meningkat dari kegiatan *interest group* di tempat-tempat tersebut. Sebagai contoh, jumlah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang terdaftar dengan pemerintah Nepal naik dari 220 pada tahun 1990 menjadi 1.210 pada tahun 1993. Di Tunisia, terdapat 5.186 LSM yang terdaftar pada tahun 1991

dibandingkan dengan hanya 1.886 pada tahun 1988 (Hulme dan Edwards, 1997). Selain itu, pertumbuhan ini disebabkan kurangnya otoritarian dan bentuk perilaku elit pemerintah di sejumlah negara, dan sebagian lagi disebabkan semakin dikenalnya peran manfaat oleh badan donor dimana organisasi di luar pemerintah dapat bermain dalam pemberian layanan, mendukung kebijakan dan reformasi institusional, dan dalam mendorong pemerintah untuk menjadi lebih akuntabel kepada rakyat mereka. Hasilnya, badan donor menyediakan dana yang lebih banyak kepada organisasi di negara miskin. Sebagai contoh dalam bidang AIDS, Brazil memperoleh kucuran dana yang cukup besar dari *World Bank* pada tahun 1992, yang digunakan untuk mendanai 600 LSM yang menyediakan pelayanan AIDS, dan pada akhirnya menekan pemerintah untuk menyediakan akses universal terhadap pengobatan anti retroviral dan profilaksis infeksi.

Di negara berpendapatan tinggi, *interest group* sejak lama telah memerankan peran penting dalam sistem politik, terutama keterkaitan tenaga kerja dengan majikan.

Kegiatan 6.1

Sebelum membaca lebih lanjut, renungkan beberapa saat mengenai pemahaman Anda tentang apa yang dimaksud dengan *interest group*. Tuliskan pengertian Anda sendiri dan urutkan kelompok yang dapat dinamakan *interest group* yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan.

Feedback

Secara sederhana, sebuah *interest group* mendukung atau mewakili sebagian masyarakat tertentu (misalnya orang yang menderita kebutaan atau pabrik obat-obatan) atau mewakili isu tertentu (seperti environmentalisme atau perdagangan bebas). Jenis *interest group* yang berbeda dibahas pada bab selanjutnya.

Daftar *interest group* anda yang terlibat dalam kebijakan kesehatan kemungkinan terdiri dari organisasi atau kelompok yang mewakili:

- Staf, seperti para medis, perawat dan profesi yang berkaitan dengan kesehatan (fisioterapi, terapi berbicara)
- Penyedia layanan, seperti asosiasi rumah sakit
- Penjamin seperti dana sakit
- Pembayar seperti asosiasi pekerja
- Kelompok pasien yang berbeda-beda
- Penyedia barang seperti perusahaan obat-obatan dan pabrik peralatan medis

Pembaca mungkin heran bagaimana label untuk organisasi yang berbeda di luar sistem pemerintah formal seperti LSM, *civic society group*, *interest group*, dan *pressure group* berkaitan satu sama lain. Pembaca sekarang dapat mengklarifikasi perbedaan istilah ini. Merujuklah pada catatan definisi yang pembaca buat dan modifikasilah jika perlu.

Interest group dan civil society group

Interest group merupakan istilah lain dari *pressure group*. Meskipun terdapat berbagai definisi *interest group*, sebagian besar penulis lebih setuju dengan pengertian di bawah ini:

- Sukarela – orang atau organisasi memilih untuk bergabung dengan mereka
- Bertujuan untuk memperoleh beberapa tujuan yang diinginkan
- Tidak berusaha untuk menginfiltrasi proses pembuatan keputusan sampai menjadi bagian dari proses pemerintah formal

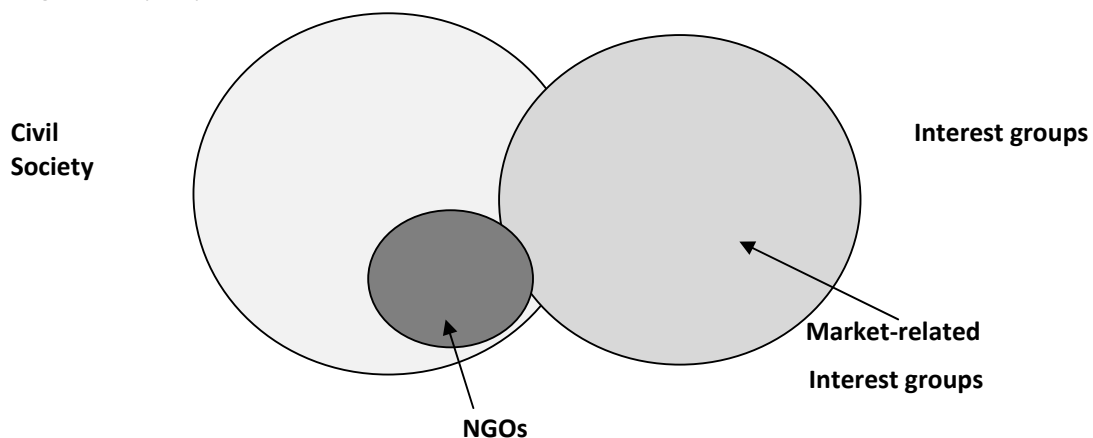
Tidak seperti partai politik yang juga sukarela dan berorientasi tujuan, *pressure group* tidak berencana untuk mengambil alih kekuasaan politik formal. Kadang kala *pressure group* berevolusi

menjadi partai politik dan kemudian menjadi terlibat dalam pembuatan keputusan dalam pemerintah seperti *German Green Party* yang pada awalnya adalah *pressure group* lingkungan, dan sebagian besar mengelola hal di luar pemerintah, meskipun beberapa diantaranya memiliki hubungan yang sangat dekat dengan pemerintah (seperti yang akan pembaca temukan dalam pembahasan *policy community* di bawah ini).

Saat ini sangat umum untuk menjelaskan bahwa *interest group* terdapat dalam *civil society*, yang berarti bahwa mereka terdapat dalam bagian dari masyarakat yang berdiri di antara ruang pribadi seperti keluarga atau rumah tangga dengan ruang publik yakni pemerintah. Oleh karena itu istilah *civil society group* kadang digunakan sebagai sinonim dari *interest group*, meskipun isu kebijakan publik dapat sebagai pelengkap dalam mengidentifikasi beberapa *civil society group* (seperti klub olahraga akan sangat jarang mengambil posisi dalam isu kebijakan publik apabila berisiko bertabrakan dengan kegiatan olahraga mereka, sementara kelompok lainnya selalu berada dalam mode kampanye). Akhirnya tidak semua *civil society group* adalah *interest group*. Organisasi *civil society* mewakili rentang organisasi yang lebih luas (Gambar 6.1).

LSM membentuk bagian yang paling familiar dari *civil society*. Istilah LSM awalnya merujuk pada setiap organisasi *non-profit* di luar pemerintah, namun akhir-akhir ini digunakan dengan makna lebih spesifik yakni organisasi yang relatif terstruktur dengan sebuah pusat dan memperlakukan staf yang bekerja di lapangan sebagai klien advokasi atau pemberian layanan, dan pada banyak kasus menyediakan pelayanan yang mungkin disediakan langsung oleh pemerintah pada tingkat yang lebih dini. Banyak LSM menahan keinginan mempengaruhi kebijakan publik dan dapat juga sebagai *pressure group*. Biasanya *civil society group* memiliki konotasi positif, yang dampaknya adalah kelompok tersebut menjadi simbol dari masyarakat yang bersemangat, sehat dan tidak berkewenangan, dan bagi seorang politikus atau pegawai pemerintah menyebut sebuah organisasi sebagai *pressure group* kadang dapat berarti lebih sempit, dengan sudut pandang yang tidak berimbang, illegitimasi, atau bahkan menjadi gangguan. Namun tidak semua *civil society group* baik untuk masyarakat. Sebagai contoh geng kriminal yang terorganisir adalah bagian dari *civil society*.

Jika tidak semua *civil society group* dapat dipandang sebagai *interest group*, maka terdapat juga beberapa debat mengenai apakah akurat untuk menyebut seluruh *interest group* sebagai *civil society group*. Beberapa penulis memisahkan *interest group* yang berkaitan dengan aktifitas pasar (contoh organisasi ekonomi seperti asosiasi perdagangan) dari *civil society*, dengan alasan bahwa *civil society* berada diantara negara dan pasar: sebuah zona penyangga yang cukup kuat untuk mengawasi negara dan pasar, yang dapat menjaga kedua hal tersebut dari menjadi terlalu berkuasa dan terlalu mendominasi (Giddens, 2001). Gambar 6.1 digambar dari perspektif tadi. Oleh karena itu *civil society* dianggap berada dalam ruang sosial yang tidak dikuasai oleh keluarga/rumah tangga, negara maupun pasar.



Gambar 6.1 Civil society organizations, interest groups and NGOs

Interest group dapat menjadi sebuah kelompok orang yang peduli terhadap isu tertentu dengan organisasi yang tidak formal atau kurang formal. Apabila banyak kelompok seperti itu terlibat dalam isu yang sama, maka para sosiolog menamainya *social movement*. Sebagai contoh, serangkaian protes populer dari British Labor terhadap kebijakan Pemerintah Inggris dalam intervensi militer di Irak pada tahun 2003 dan 2004 adalah orang-orang yang terkait secara spontan dan lepas untuk melawan arah kebijakan pemerintah. *Social movement* ini memiliki organisasi minimal dan menjadi terkoordinasi dalam jumlah besar dengan serangkaian SMS antar *handphone*. Dengan berkembangnya gerakan anti perang ini menjadi lebih formal dalam strukturnya, maka kelompok ini memiliki kemungkinan untuk terpecah menjadi beberapa *pressure group* yang berbeda dengan tujuan yang berbeda pula.

Jenis *interest group* yang berbeda

Ilmuwan politik mengklasifikasikan keberagaman *interest group* yang sangat luas menjadi sejumlah jenis analisis. Mungkin pembedaan yang paling penting adalah antara *sectional group* yang tujuan utamanya adalah melindungi dan meningkatkan kepentingan anggota mereka dan/atau bagian masyarakat yang mereka wakili; dan *cause group* yang tujuan utamanya adalah mempromosikan isu atau prinsip tertentu dan keanggotaannya terbuka bagi siapa saja yang mendukung prinsip itu tanpa harus mendapatkan apapun secara personal jika prinsip itu berhasil.

Contoh dari *sectional interest group* termasuk serikat dagang, asosiasi pekerja dan badan yang mewakili profesi tertentu. Contoh dari *cause interest group* adalah kelompok kampanye dalam isu aborsi, hak asasi manusia, lingkungan dan konservasi. *Sectional group* cenderung untuk mewakili kepentingan produsen (seperti perawat, dokter dan lain-lain) dan *cause group* cenderung untuk mewakili kepentingan konsumen (seperti kampanye organisasi untuk orang yang menderita penyakit tertentu, atau untuk hak pasien secara umum) meskipun begitu pembedaan ini hendaknya tidak terlalu dibesar-besarkan. Sebagai contoh, sebuah organisasi yang mewakili orang cacat dapat disebut *sectional group* dan *cause group*. Mereka mempromosikan sebuah prinsip yaitu meningkatkan posisi orang cacat dalam masyarakat, dan juga mewakili kepentingan mereka sendiri untuk menjadi bagian dari masyarakat penderita cacat. Kadang kala *sectional group* dapat menarik pendukung yang peduli terhadap prinsip yang mendasari hal itu dan tidak memiliki kepentingan pribadi dalam isu tersebut. Sebagai contoh libertarian dapat bergabung dengan *sectional group* yang mendukung perlindungan terhadap kebebasan individu untuk merokok di tempat umum bukan karena mereka ingin merokok, tapi karena mereka percaya bahwa negara hendaknya tidak campur tangan dalam kebebasan individu kecuali dalam keadaan yang sangat ekstrim.

Sectional group

Sectional group biasanya mampu untuk tawar-menawar dengan pemerintah karena mereka menyediakan peran produktif tertentu dalam ekonomi. Pengaruh mereka dengan pemerintah sangat tergantung pada seberapa penting negara memikirkan peran ini. Kadang kala mereka menantang kebijakan pemerintah, jika mereka tidak suka dengan apa yang diajukan oleh pemerintah. Sebagai contoh, serikat dagang yang terorganisir dengan baik, terutama dalam sektor publik, dapat membujuk anggota mereka memecat pekerja mereka, yang dapat mengancam ekonomi dan reputasi pemerintah, begitu pula apabila mereka menarik dukungan finansial terhadap partai politik tertentu (kebanyakan adalah partai politik berhaluan kiri). Terang saja kekuasaan *interest group* seperti serikat dagang tergantung pada faktor-faktor seperti struktur ekonomi (seperti sejumlah besar pekerja dalam perusahaan kecil jauh lebih sulit untuk mengorganisir dibandingkan dengan sejumlah kecil orang dalam perusahaan besar), struktur tawar menawar upah (kekuasaan serikat umumnya lebih kecil dalam sistem yang tidak terpusat daripada sistem yang terpusat), jumlah serikat, yang disatukan oleh ideologi dan seberapa baik pendanaan mereka. Media dapat dianggap sebagai bentuk khusus dari *sectional interest* dengan peran penting tertentu dalam agenda seperti menjual layanan mereka untuk memaksimalkan keuntungan.

Pada sebagian besar sektor kebijakan, termasuk kesehatan, *interest group* produsen cenderung untuk memiliki kontak yang lebih dekat dengan pemerintah dan memiliki pengaruh yang sangat kuat, sedangkan kelompok konsumen cenderung memiliki pengaruh yang lebih lemah karena kerja sama mereka kurang penting terhadap implementasi kebijakan. Dalam kebijakan kesehatan, profesi medis dianggap sebagai penguasaan posisi dominan dan bukan hanya mengendalikan pemberian pelayanan kesehatan (terutama mereka yang diberi izin untuk menangani tugas tertentu), namun juga dalam membentuk kebijakan kesehatan publik. Di negara-negara barat, para dokter mengendalikan dan mengatur pelatihan mereka dan kerja klinik sehari-hari mereka. Lingkup praktik dari pekerja kesehatan lainnya seperti perawat tergantung pada izin sang dokter dan peran mereka tampak sebagai pendukung dokter dan bukannya bekerja secara independen. Dalam pandangan publik, profesi medis tampak sebagai sumber nasihat yang paling otoritatif dalam masalah yang berkaitan dengan kesehatan, baik dalam level individu, komunitas dan nasional. Sistem pelayanan kesehatan cenderung untuk dikelola secara berbeda dengan preferensi *interest group* medis (seperti sistem pelunasan dalam sistem publik yang mencerminkan sistem *fee-for-service* dalam praktik swasta). Namun sejak tahun 1980-an terdapat tantangan jangka panjang yang signifikan terhadap status istimewa profesi kesehatan.

Kegiatan 6.2

Apa yang menjadi tantangan utama terhadap posisi dominan dokter dalam kebijakan dan pelayanan kesehatan selama 25 tahun terakhir?

Feedback

Jawaban pembaca terdiri dari sejumlah tantangan berbeda yang datang dari sumber yang berbeda pula. Ini adalah beberapa tantangan yang dapat diidentifikasi:

- *Medical model* dari penyakit yang menjelaskan kondisi kesehatan atau penyakit yang berkaitan dengan faktor-faktor biologis dan respons yang tepat secara individual, istilah kuratif dihadapkan dengan *primary care approach* yang menekankan tindakan intersektoral di luar batas penanganan individual dan sistem pelayanan kesehatan, dan keterlibatan komunitas dan kontrol terhadap fasilitas pelayanan kesehatan untuk membuatnya menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan lokal.
- Semakin diketahuinya bahwa pasien memiliki keahlian dalam relasi dengan penyakit mereka, terutama kalau sudah kronis, yang sangat berkontribusi terhadap *outcome* yang lebih baik selama dapat dikenal oleh dokter dan pasien mau berbagi tanggung jawab dengan profesional.
- Perawat dan pekerja kesehatan lainnya menjadi lebih terdidik dan pemerintah memperluas tugas klinik yang dapat mereka tangani, kadang melebihi sang dokter.
- Pemerintah berusaha untuk mengendalikan penggunaan sumber daya oleh dokter dengan menentukan anggaran maksimal, membatasi jumlah obat yang mereka resepkan, atau menyarankan pasien untuk merujuk kepada penyedia yang lebih murah dan efisien.
- Pemerintah dan penyedia asuransi memperkenalkan manajemen dan mendorong kompetisi (seperti antara rumah sakit umum dan antara penyedia swasta dan publik) untuk membuat pelayanan medis lebih responsif dan efisien.
- Pemerintah mengembangkan sistem untuk menguji kualitas pelayanan klinik yang tidak berada di bawah kontrol langsung dari profesi medis dan lebih mendukung penanganan berbasis bukti daripada pendekatan yang bersandar pada dugaan dan penilaian klinis individual.

Seluruh tantangan ini dapat terdeteksi dalam kebijakan pemerintah di Inggris pada tahun 1980-an dan 1990-an. Pemerintah bukan hanya memperkenalkan kebijakan yang berlawanan dengan penetapan medis seperti *internal market* pada NHS tahun 1991, mereka juga melakukan pemecahan profesi, sehingga melemahkan kemampuan melawan perubahan. Sebagai contoh, dalam salah satu babak reformasi pasar internal pada tahun 1991, praktisi umum ditawarkan kesempatan memegang uang mereka sendiri untuk perawatan rumah sakit tertentu bagi pasien termasuk biaya obatnya. Minoritas yang kuat juga melakukan hal yang sama, mempersulit serikat dagang dokter untuk mempertahankan oposisi mereka terhadap kebijakan. Karena kebijakan ini dikenakan bagi seluruh GP, maka hal ini cenderung untuk gagal.

Saat benar-benar terjadi bahwa kepentingan medis telah ditantang dan kehilangan beberapa pengaruhnya di negara-negara barat, maka mereka telah kehilangan beberapa otonomi klinik mereka dan monopoli pada level pemberian pelayanan. Pengetahuan dan otoritas yang disuarakan oleh organisasi medis masih merupakan sumber kunci yang memungkinkan mereka mempengaruhi kebijakan kesehatan secara luas (Johnson, 1995).

Di banyak negara berpendapatan rendah, asosiasi profesional tidak memerankan peran penting dalam kebijakan kesehatan (Walt, 1994). Hal ini sebagian disebabkan oleh pelayanan kesehatan yang dibayar secara publik dan aktifitas preventif bukan dilakukan oleh dokter tapi oleh perawat dan komunitas pekerja kesehatan. Profesi medis banyak melayani elit kota yang jumlahnya sedikit dengan praktek swasta. Dokter sangat berpengaruh dalam kebijakan kesehatan publik di negara-negara itu, tapi dalam kaitan mereka sebagai pegawai sipil di Kementerian Kesehatan atau melalui menteri kesehatan dan bukan melalui asosiasi medis.

Cause group

Cause group bertujuan untuk mendukung isu yang tidak harus spesifik kepada anggotanya sendiri. Sebagai contoh, orang cacat atau orang yang menderita AIDS dapat membentuk *pressure group* untuk membentuk kebijakan yang berkaitan langsung dengan diri mereka. Di lain pihak, orang dari seluruh kelas dengan rentang kepercayaan yang luas datang bersama dalam organisasi seperti Greenpeace untuk mendukung konservasi global dari spesies atau Amnesty International yang menyoroti pelanggaran hak asasi manusia di seluruh dunia, atau Medicins San Frontieres (MSF) yang mendukung pengorganisasian intervensi *humanitarian* dalam zona perang.

Secara umum diasumsikan bahwa *cause group* muncul secara spontan melalui aksi yang tidak terhubung dari individual berdasarkan kepercayaan mereka. Namun sangat perlu disadari bahwa beberapa *pressure group* sebenarnya adalah *front group* yang telah atur menjadi kepanjangan tangan dari kepentingan perusahaan sebagai cara untuk menanamkan pandangan mereka ke dalam debat *civil society* dengan cara yang lebih persuasif. Kepanjangangan tangan dari perusahaan besar dan asosiasi dagang ini beralasan bahwa pesan mereka lebih mungkin didengar oleh publik jika mereka berartikulasi sebagai kelompok yang tidak terkait. Oleh karena itu kampanye *Global Climate Coalition* yang menolak Protokol Kyoto tahun 1997 mengenai *UN Framework Convention on Climate Change*, yang membatasi emisi gas rumah kaca dalam ranah ilmiah dan sosial, tidak tampak didanai oleh industri kendaraan bermotor dan bahan bakar. Begitu juga industri tembakau mendukung organisasi libertarian di banyak negara untuk mendukung hak asasi para perokok untuk merokok tanpa ada halangan dari peraturan pemerintah dan industri makanan tampaknya juga mendanai badan penelitian independen seperti *International Life Sciences Institute* dan *World Sugar Research Organisation*.

Dalam 25 tahun terakhir di negara-negara Barat, keanggotaan *cause group* telah meningkat dan keanggotaan partai politik cenderung untuk turun. Ilmuwan politik berpendapat bahwa ini merupakan akibat dari tumbuhnya kekecewaan terhadap partai politik konvensional kiri atau kanan, dan dengan dapat dikendalikannya anggota dewan dalam sistem demokrasi, terutama pada kalangan anak muda. Selain itu, kepedulian rakyat mengenai isu tunggal yang besar seperti konservasi lingkungan tidak pernah diberikan prioritas oleh partai politik konvensional.

Kegiatan 6.3

Sumber utama apa yang dibawa oleh *interest group* mengenai perubahan yang mereka inginkan? Pikirkanlah berbagai *interest group* yang berbeda, yang sangat familiar dengan pembaca dan tuliskan atribut serta sumber mereka.

Feedback

Sumber yang dapat dikerahkan oleh *interest group* secara luas. Beberapa sumber yang dapat ditulis mungkin diantaranya:

- Anggota mereka – semakin besar jumlah anggota, maka semakin berpengaruh *interest group* tersebut. *Interest group* terdiri dari organisasi lainnya, terutama mereka yang menjadi wakil dari asosiasi lainnya (dikenal dengan *peak* atau *apex association*), cenderung untuk memiliki pengaruh yang lebih kuat dan sering memberikan keahlian, pengetahuan dan kontak yang luas dari anggota organisasi mereka.
- Level pendanaan dan sumber daya mereka – pendanaan mempengaruhi seluruh aspek kegiatan *interest group* seperti kemampuan untuk membayar staf profesional untuk mengelola kampanye, mempersiapkan kritik terhadap kebijakan pemerintah, kontribusi terhadap partai politik, mengorganisasi unjuk rasa dan demonstrasi, dan lain sebagainya. Hal ini menjelaskan mengapa *interest group* produsen kesehatan cenderung untuk lebih terorganisir daripada kelompok konsumen karena anggota mereka lebih sering mempersiapkan uang sumbangan untuk memastikan bahwa kepentingan ekonomi mereka baik-baik saja.
- Pengetahuan mereka mengenai wilayah perhatian mereka. Beberapa informasi dan pemahaman ini mungkin tidak tersedia dari sumber yang lain, sebagai contoh, pemerintah dapat sangat tergantung pada *interest group* komersial untuk akses terhadap informasi mengenai dampak finansial dari pengajuan kebijakan pada anggotanya.
- Keahlian persuasif mereka dalam membangun dukungan publik terhadap posisi atau kebijakan tertentu dengan mendorong kegiatan organisasi lainnya seperti media massa.
- Kontak dan hubungan mereka dengan pembuat kebijakan, pegawai, kementerian, partai oposisi dan media.
- Sanksi terhadap penolakan, jika ada, sanksi ini mulai dari mempermalukan pemerintah dalam forum internasional atau media massa mengajak konsumen memboikot, yang dapat mengancam ekonomi domestik atau aksi mogok kerja dalam waktu yang lama.

Strategi atau hubungan dengan negara: *insider group* dan *outsider group*

Interest group dapat juga dianalisis dalam seberapa jauh mereka dikenal atau diakui oleh pemerintah yang pada akhirnya berkaitan dengan tujuan dan strategi mereka. Grant (1984) mengidentifikasi dua kategori dasar yang berkaitan dengan hal ini – *insider group* dan *outsider group*. *Insider group* adalah kelompok yang secara resmi bukan bagian dari mesin pemerintah tapi dilegitimasi oleh pembuat kebijakan pemerintah, yang berkonsultasi rutin dan diharapkan bermain 'sesuai dengan aturan main'. Sebagai contoh, jika mereka menerima undangan untuk duduk dalam komite pemerintah, mereka akan menghargai kerahasiaan diskusi yang dilakukan sampai menteri mengeluarkan pernyataan mengenai arah kebijakan. *Insider group* menjadi terlibat erat dalam menguji gagasan kebijakan dan dalam perkembangan bidang mereka. Misalnya dalam kebijakan kesehatan, kelompok produsen seperti asosiasi para medis dan perawat diharapkan berkonsultasi atau terlibat langsung dalam pengembangan kebijakan dan bahkan kalau hal itu tidak sejalan dengan cara mereka.

Di Inggris, *Association of the British Pharmaceutical Industry* (ABPI) memiliki status *insider* dengan Departemen Kesehatan dalam rangka bahwa pemerintah peduli untuk mempromosikan industri obat Inggris dan untuk memastikan bahwa pengobatan yang aman dan efektif tersedia dalam kesempatan pasien yang paling dini. Mereka melakukan pertemuan rutin antara industri, pegawai senior dan kementerian. ABPI juga merekrut pegawai sipil yang telah pensiun untuk membantu negosiasi dengan pemerintah mengenai regulasi dan harga obat-obatan.

Outsider group sebaliknya adalah organisasi yang menolak terlibat dekat dalam proses pemerintah pada ranah strategi atau tidak mampu memperoleh reputasi sebagai peserta yang sah dalam proses kebijakan. Mungkin *outsider group* yang paling terkenal dalam bidang kesehatan kontemporer adalah organisasi anti aborsi dan anti viviseksi karena kuatnya pandangan mereka dan reputasi mereka dalam melakukan aksi langsung menentang klinik, laboratorium dan kadang siap pun yang bekerja di situ. Salah satu *direct action group* yang terkenal adalah BUGA UP (*Billboard Utilising Graffitiists Against Unhealthy Promotions*). BUGA UP didirikan di Sidney, Australia pada tahun 1979, terkenal (atau populer, tergantung dari sudut mana pembaca melihat) karena merusak iklan *outdoor* secara ilegal dari produk yang tidak sehat, terutama tembakau dan alkohol. Taktik ini adalah untuk merubah iklan tembakau dan menyediakan komentar kritis dalam promosi mereka. *'Anyhow, Have a Winfield'* dirubah menjadi *'Anyhow, it's a Minefield'* atau *'Man How I hate Winfield'*. Saat anggota BUGA UP ditahan, mereka membela diri dengan alasan bahwa aksi mereka penting untuk mencegah keburukan lebih besar yang akan timbul (Chapman, 1996).

Dari waktu ke waktu, *interest group* dapat merubah strategi mereka. Sebagai contoh, pada awalnya Greenpeace melakukan aksi langsung dengan menarik perhatian terhadap isu konservasi. Yang paling terkenal adalah kegiatan pemindahan ikan paus. Saat ini, Greenpeace mengadopsi strategi yang kurang flamboyan dan kurang konfrontatif dengan advokasi berbasis ilmiah. Pada prosesnya mereka memiliki relasi yang lebih dekat dengan pemerintah, meskipun bukan sebagai *insider group* penuh. Kelompok yang mengganti strategi atau posisi mereka dinamakan *threshold group*. Studi evolusi kebijakan dalam bidang HIV/AIDS di AS dan Inggris dengan jelas menunjukkan bagaimana *outsider group* memainkan peran penting pada tahap awal epidemi dengan menggunakan pengetahuan mereka mengenai sindrom untuk menekan pemerintah untuk menangani topik ini dengan serius. Beberapa organisasi yang sama menjadi lebih jauh terlibat baik dalam kebijakan dan pemberian layanan seiring dengan perubahan keadaan dan memperoleh status *insider*. Sering kali *outsider group* menjadi *insider group* melalui pengambilan tanggung jawab untuk pemberian pelayanan yang dibiayai oleh pemerintah atau lembaga donor internasional. Sejarah dapat terulang di negara berpendapatan rendah dimana *outsider group* seperti *Treatment Action Group* di Afrika Selatan menyoroti apa yang mereka namakan penguntungan perusahaan dari obat AIDS dan menekan pemerintah untuk mengizinkan mengimpor obat generik pengganti yang lebih murah.

Kegiatan 6.4

Carilah informasi mengenai jumlah *interest group* yang berkaitan dengan kesehatan (mungkin dalam bidang kesehatan yang pembacaminati) dan cobalah cari strategi apa yang mereka gunakan, kegiatan mereka dan apakah mereka termasuk *insider*, *outsider* atau *threshold group*.

Feedback

Pendirian sebuah organisasi tidak selalu tampak dari literatur mereka, tapi ada beberapa petunjuk yang dapat pembacacari. Sebagai contoh, slogan sebuah organisasi memberikan sebuah indikasi pendirian mereka terhadap pemerintah. Jika organisasi menggunakan kata *'fighting'* for *animal rights*, maka kemungkinan adalah *outsider group* dibandingkan klaim yang mengatakan *'working'* for *animal rights*. Begitu pula organisasi yang mengurutkan kegiatan utamanya mengorganisir demonstrasi dan mengerahkan massa kemungkinan besar adalah bertujuan untuk strategi *outsider* yang berpengaruh. Sedangkan sebuah organisasi yang menuliskan partisipasi

mereka dalam komite dan konsultasi pemerintah, atau memiliki *link* dalam pemilihan wakil rakyat kemungkinan besar mengikuti jalur '*insider*'.

Fungsi *interest group*

Secara keseluruhan, jenis *interest group* yang berbeda mengindikasikan rentang fungsi yang dapat mereka penuhi dalam masyarakat. Peterson (1999) menjelaskan bahwa *interest group* menyediakan tujuh fungsi dalam masyarakat sebagai berikut:

1. Partisipasi – karena pemilihan dalam demokrasi merupakan cara tidak langsung dan jarang dari warga negara untuk terlibat dalam isu publik, maka *interest group* menyediakan langkah alternatif bagi para pemilih untuk terlibat dalam politik dan menyampaikan opini mereka kepada politikus.
2. Perwakilan – saat pembuat kebijakan memperhitungkan pandangan berbagai *interest group*, maka semakin banyak opini yang dapat dipertimbangkan.
3. Pendidikan politik – memberikan cara bagi para anggota untuk belajar mengenai proses politik, sebagai contoh, jika mereka menjadi pegawai kantor di sebuah *interest group*.
4. Motivasi – *interest group* dapat membuat isu baru untuk menarik perhatian pemerintah, menyediakan lebih banyak informasi, merubah cara pandang pemerintah dan bahkan mengembangkan opsi kebijakan baru melalui kegiatan ilmiah dan politik mereka.
5. Mobilisasi – *interest group* membangun tekanan terhadap tindakan dan dukungan untuk kebijakan yang baru (seperti dengan menarik media dalam topik tersebut).
6. Pemantauan – *interest group* menguji performa dan perilaku pemerintah, dengan berkontribusi dalam akuntabilitas pemimpin publik, sebagai contoh dengan melihat apakah janji-janji politik ditepati. Mereka juga memasukkan perusahaan swasta dalam hitungan perlawanan seperti pada pemerintah nasional untuk mempersoalkan kekuasaan bisnis transnasional.
7. *Provision* (ketentuan) – *interest group* dapat menggunakan pengetahuan mereka mengenai kelompok pasien tertentu atau kebijakan pemberian pelayanan dengan atau tanpa pendanaan pemerintah (misalnya masyarakat misionaris).

Interest group juga lebih terlibat dalam melakukan atau mendanai penelitian ilmiah, menyediakan nasihat teknis dan menggunakan aksi legal atau peringatan aksi legal terhadap pemerintah dan perusahaan transnasional untuk mempromosikan pandangan mereka dan memaksa perubahan dalam kebijakan. Sebagai contoh, organisasi *civil society* nasional dan internasional memainkan bagian penting dalam aksi legal melawan pemerintah Afrika Selatan yang memaksa pemerintah agar obat *anti-retroviral* hendaknya dibuat dan tersedia secara universal. Ini pun masih dilihat apakah hal ini akan dilaksanakan dengan penuh.

Kegiatan 6.5

Buatlah daftar tujuh fungsi plus satu yang disebutkan dalam paragraf di atas, carilah contoh *interest group* di negara yang melakukan kegiatan seperti di atas. Pembaca dapat menemukan beberapa organisasi dengan banyak fungsi dan yang hanya fokus pada satu fungsi saja. Pembaca dapat memperoleh informasi ini dari perpustakaan, pusat informasi, Kementerian Kesehatan, surat kabar, website, laporan tahunan dan lain sebagainya.

Feedback

Interest group yang lebih besar cenderung untuk memiliki rentang fungsi dan cara operasi yang lebih luas. Sebagai contoh, Oxfam, LSM anti kemiskinan internasional yang bermarkas di Inggris mengaku sebagai 'badan pembangunan, advokasi dan bantuan yang bekerja untuk mengakhiri kemiskinan di seluruh dunia'. Kegiatannya meliputi motifasi, mobilisasi, pemantauan dan provision

berdasarkan tipologi Peterson dan perwakilan di 70 negara di dunia. LSM yang lebih kecil cenderung memiliki tujuan dan kegiatan yang terfokus. Sebagai contoh, *Fred Hollows Foundation*, yang bemarkas di Australia adalah sebuah LSM yang bekerja dengan badan pencegahan kebutaan lokal di 29 negara untuk mengurangi kebutaan yang tidak perlu dan dapat dihindari, dengan fokus utama pada katarak. Seperti LSM lainnya, fungsi utamanya adalah '*provision*', termasuk melatih staf lokal untuk memberikan pelayanan dan mengembangkan teknologi berkualitas tinggi dan biaya rendah untuk perawatan mata. Namun dalam kerja mereka dengan penduduk asli Australia, mereka memperluas peran mereka menjadi advokasi (motivasi dan mobilisasi).

Hubungan antara *interest group* dengan pemerintah

Ilmuwan politik telah mengamati bahwa saat menjadi rumusan kebijakan kesehatan (karena ditolak untuk menjadi isu pertama dalam agenda), partisipan (aktor) biasanya adalah individu dan organisasi dengan minat dan pengetahuan pada bidang itu, bahkan jika mungkin rentang aktor yang lebih luas bisa terlibat. Siapa yang terlibat, untuk alasan apa dan bagaimana hubungan mereka terstruktur merupakan subjek banyak peneliti mengenai apa yang dinamakan dengan *issue network*, *policy networks*, *policy community* dan *policy sub-system*. Terminologi dan klasifikasi dapat membingungkan dan bahkan bertentangan.

Salah satu cara memahami hubungan formal dan informal antara aktor pemerintah dengan non pemerintah (*interest group*) adalah dengan mengidentifikasi menggunakan *policy sub system* atau *policy community* apa mereka berinteraksi. Secara sederhana *policy sub system* atau *policy community* dikenal dengan subdivisi pembuatan kebijakan publik. Contohnya dalam kebijakan kesehatan, rumusan kebijakan kesehatan mental berbeda dengan kebijakan mengenai isu kesehatan lingkungan dan melibatkan aktor yang berbeda. Beberapa *sub system*, yang dikenal dengan nama '*Iron Triangle*', sistem kecil yang sangat stabil dan sangat eksklusif, adalah tiga arah hubungan antara politikus, birokrat dan kepentingan komersial. Dalam kasus masalah pertahanan, segitiga terdiri dari pemerintah, penyedia dan pengguna akhir dalam militer. *Sub system* lainnya lebih besar (misalnya melibatkan lebih banyak entitas), lebih cair dan batasan yang tidak jelas (contoh kebijakan keluarga). Tantangan pada tahun 1980-an dan 1990-an terhadap posisi dominan dalam kebijakan kesehatan di Inggris mengarah pada perubahan dari *policy community* yang lebih tertutup menjadi kelompok yang mewakili pengguna yang jumlahnya semakin bertambah, meskipun kelompok konsumen masih relatif lemah dibandingkan dengan kelompok profesional. Marsh dan Rhodes (1992) membedakan antara *policy community* yang mereka lihat sebagai jaringan saling terkait dengan hubungan yang lebih stabil, dengan kepentingan yang sempit dan bertahan dari waktu ke waktu, dan *issu network* yang mereka lihat sebagai jaringan interdependen lepas yang tidak stabil dengan anggota yang sangat banyak dan dalam hubungannya dengan perkembangan kebijakan biasanya memiliki fungsi konsultatif.

Poin utama mengenai *policy community* adalah bahwa terdapat interaksi yang berlanjut antara partisipan melalui jaringan hubungan formal dan informal (Lewis, *forthcoming*). Dalam kebijakan kesehatan, organisasi dan individu yang mewakili praktisi (profesional kesehatan), pengguna, publik, peneliti (dari laboratorium ilmiah sampai ilmu sosial), komentator (jurnalis dan analis kebijakan), bisnis (perusahaan obat, pabrik peralatan medis), rumah sakit dan klinik, penjamin, pegawai pemerintah, politikus dan organisasi internasional akan terlibat dalam derajat yang berbeda tergantung pada isu yang ada. *Policy community* tidak selalu berupa *consensual network*. *Policy community* kebijakan kesehatan di negara-negara Barat ditandai dengan konflik antara kepentingan kekuasaan yang mewakili penyedia, komunitas dan pemerintah.

Dalam sebuah *policy subsystem* atau *community*, ada dua motivasi yang mendorong tindakan kelompok yang terlibat dalam perumusan kebijakan: pengetahuan atau keahlian dan kepentingan material (Howlett dan Ramesh, 2003). Keanggotaan dari sebuah *discourse community* (kadang dikenal dengan nama *epistemic community*) didefinisikan dengan pembagian nilai politis dan pembagian pemahaman permasalahan, definisi dan penyebabnya, yang biasanya ditandai

dengan ketidaksepakatan detail mengenai respons kebijakan, bahwa *interest network* didasarkan pada sebuah kepentingan material umum (pembedaan ini paralel dengan pembedaan yang lebih awal antara *cause* dan *sectional interest group*). Kedua isu komunitas dan jaringan kepentingan ini beroperasi dalam *subsystem* kebijakan kesehatan karena kedua gagasan dan kepentingan ini memainkan sebuah peran dalam perubahan kebijakan. Saat isu dan jaringan kepentingan berhubungan erat, stabil dan berkaitan, maka *policy subsystem* menjadi kurang mengikuti opsi kebijakan yang baru. Berbagai pemahaman sifat dari masalah kebijakan dan rentang respons yang layak, sulit merubah apa yang sudah dibentuk.

Kegiatan 6.6

Pikirkan mengenai *policy community* atau *issue network* lepas tentang isu kebijakan kesehatan di negara Anda. Hal ini bisa fokus pada isu kesehatan publik seperti apakah penggunaan kondom harus dipromosikan untuk mencegah infeksi HIV. Tuliskan *interest group* yang pembaca ketahui tersebut baik yang kritis atau tidak terhadap kebijakan yang ada di negara pembaca dan mereka yang kemungkinan menjadi pendukung.

Feedback

Jawaban pembaca sangat tergantung pada *policy network* dan isu yang pembaca perhatikan. Jika pembaca memilih isu penggunaan kondom dan HIV, maka jawaban pembaca akan merefleksikan ketepatan kontrol HIV/AIDS di negara Pembaca. Hal ini dapat meliputi:

- Yang mendukung kebijakan peningkatan penggunaan kondom: kementerian kesehatan, badan promosi kesehatan nasional (jika ada), *interest group* dari orang yang mengidap HIV/AIDS dan pendukung mereka, majikan (mungkin, jika sadar akan biaya ekonomi dari AIDS)
- Yang melawan kebijakan peningkatan penggunaan kondom: kelompok agama tertentu, donor internasional (misalnya mereka yang mendukung abstinensi), beberapa media (yang lain mungkin mendukung), asosiasi profesional tertentu.

Interest group mana yang paling berpengaruh

Di antara semua *interest group*, *business interest* adalah yang paling berpengaruh di hampir semua area kebijakan publik, diikuti oleh *interest group* buruh. Hal ini dikarenakan baik modal dan buruh adalah vital bagi proses produksi ekonomi. Dalam masyarakat kapitalis, kepemilikan alat produksi terkonsentrasi di tangan perusahaan bisnis dan bukan di negara. Akhirnya bisnis memiliki kekuasaan yang luas seperti pemerintah, terutama di lingkungan global yang saling terkait saat ini bahwa perusahaan dapat memindahkan modal dan produksi mereka ke negara lain dengan relatif lebih mudah jika kepentingan mereka terancam oleh kebijakan negara.

Seperti yang ditunjukkan dalam Bab 3, terdapat berbagai kepentingan industrial dan komersil dalam *policy community* kesehatan. Bahkan dalam sistem pelayanan kesehatan yang kebanyakan pelayanan diberikan dalam lembaga terkelola dengan baik dan kepemilikan publik, terdapat hubungan yang meluas dengan aktor sektor swasta yang membawa gagasan dan praktik baru ke dalam sektor publik. Namun selain dari *business interest*, penyedia profesional dan pekerja maupun pemerintah memiliki pengaruh penting dalam kebijakan. Untuk kasus pemerintah, hal ini dikarenakan kontribusi yang luas dari pendanaan publik dan ketentuan di sebagian besar negara (terutama yang berpendapatan tinggi). Pada kasus dokter, hal ini dikarenakan monopoli medis di luar badan pengetahuan, yang bekerja sama dengan kontrol bahwa mereka mampu memanfaatkan pasar sebagai target jasa mereka. Konsumen dan kepentingan publik juga semakin bisa mendengar dan merespons.

Dalam sebuah studi reformasi rumah sakit di New York pada tahun 1960-an dan 1970-an, sosiologis Robert Alford mengemukakan bahwa di bawah permukaan keterkaitan berbagai kepentingan dalam arena pelayanan kesehatan di negara berpendapatan tinggi, terdapat tiga

kepentingan struktural atau fundamental yang mendefinisikan bagaimana politik pelayanan kesehatan bekerja:

- *Professional monopolist* – dokter dan profesional kesehatan yang lebih luas lainnya, yang kepentingan dominannya diberikan oleh struktur ekonomi, sosial dan politik yang ada dari pemerintah dan sistem pelayanan kesehatan.
- *Corporate rationalizer* – mereka yang menantang *professional monopolist* dengan berusaha untuk melaksanakan strategi seperti perencanaan fasilitas secara rasional, metode pemberian pelayanan kesehatan yang efisien dan metode manajemen modern dalam penilaian medis. Mereka bisa jadi adalah asuransi swasta, pemerintah sebagai pembayar, asuransi kesehatan, majikan yang ingin untuk membatasi biaya asuransi pekerja mereka serta jaringan rumah sakit komersial dll.
- *Equal health advocate* dan *community health advocate* – berbagai *cause* dan *sectional interest group* yang menekan lobi bagi hak-hak pasien, akses yang lebih adil terhadap pelayanan kesehatan bagi orang sakit dan kelompok yang terbatas, serta lebih banyak perhatian yang diberikan terhadap pandangan pasien dan populasi dalam pembuatan keputusan pelayanan kesehatan.

Pada tahun 1970-an, saat Alford menerbitkan teorinya tentang kepentingan struktural, konsumen dan publik memiliki suara yang relatif kecil dalam membentuk kebijakan pelayanan kesehatan tapi manajemen dan perencanaan semakin berusaha untuk menuntut kontrol yang lebih luas terhadap bagaimana sistem itu dibiayai dan diorganisir. Namun para profesional yang diketuai dokter, tetap dominan. Selama 25 tahun terakhir, *corporate rationalizer* dan pasien, serta di negara berpendapatan tinggi *community health advocate* meningkatkan pengaruh mereka dalam pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan. Namun, profesional masih merupakan kelompok tunggal yang paling berpengaruh, di samping beberapa otonomi profesional pada level praktik klinik, yang terkait dengan fakta bahwa kemampuan kolektif mereka dan cara berpikir mereka masih terikat dengan lembaga pelayanan kesehatan (Johnson, 1995). Pendekatan strukturalis merupakan cara yang paling baik dalam memahami kontur kebijakan yang lebih luas dan siapa yang kemungkinan memiliki pengaruh yang lebih besar. Namun, dalam rangka untuk memahami dinamika pengambilan keputusan tertentu dalam konteks tertentu, maka perlu untuk menganalisis kontak dan interaksi dalam jaringan formal dan nonformal yang berkembang di sekitar isu tertentu.

Pengaruh apa yang dihasilkan oleh *interest group*?

Semakin jelas bahwa *interest group* seperti organisasi pasien memainkan peran yang lebih berpengaruh dalam kebijakan kesehatan bahkan di negara dengan pendapatan rendah dimana *interest group* lemah atau tidak ada. Tentu saja tingkat pengaruh dalam kebijakan dari luar pemerintah dan dampak langsung dari partai politik bervariasi dari satu tempat dengan tempat lainnya dan dari satu isu dengan isu lainnya. Sejarah respons terhadap HIV/AIDS secara global perlu dicatat mengenai tingginya keterlibatan dan pengaruh dari *interest group* atau organisasi *civil society*. 'Organisasi *civil society* – di sini diartikan sebagai setiap kelompok individu yang terpisah dari pemerintah dan bisnis – sebelumnya tidak pernah berkontribusi demikian besar dalam perlawanan terhadap krisis kesehatan global, atau terlibat dalam pembuatan keputusan oleh *policy maker*' (Zuniga, 2005). Sejarah HIV/AIDS juga perlu dicatat mengenai keberagaman kegiatan *interest group*, besarnya jumlah organisasi HIV/AIDS yang terlibat (saat ini tercatat 3.000 organisasi di 150 negara), dan peralihan aktifisme dari negara berpendapatan tinggi ke negara berpendapatan rendah (Tabel 6.1).

Tabel 6.1 Sejarah peran *civil society* dalam kebijakan global melawan HIV/AIDS

Tahap aktifisme	Aktifitas utama	Tujuan utama	Dampak
Awal 1980-an di AS dan negara-negara Barat: aktifis hak asasi manusia	Protes, lobi dan aktifisme seperti gerakan hak asasi kulit hitam di AS pada tahun 1960-an	Perlindungan hak asasi manusia dan hak sipil; PLWA tidak disalahkan; dimasukkannya PLWA dalam proses kebijakan – inklusi dan kemitraan	Notifikasi pendekatan isolasi terhadap STI, pengawasan, perintah pemeriksaan dan pembatasan kontak digantikan dengan model berbasis hak asasi yang diajukan oleh WHO pada tahun 1987
Pertengahan/akhir 1980-an di AS dan negara-negara Barat: agresif, aktifis ilmiah	Organisasi baru yang lebih agresif seperti ACTUP dan TAG melobi politikus; protes di jalan secara simultan dan debat ilmiah dengan pemerintah; <i>pressure group</i> AIDS memperoleh tempat di komite pemerintah	Pendanaan pemerintah terhadap pengobatan dan pengurangan harga ART dini	Akses terhadap pengobatan yang efektif bagi PLWA; menunjukkan bahwa obat baru memberi manfaat dan bahwa pemeriksaan dini tidak menjamin pengabaian pengobatan terhadap PLWA; memastikan bahwa pemeriksaan meliputi perempuan, moniritas dll.
1990-an di AS dan negara-negara Barat: aktifis industrialis dan institusional	Kelompok aktifis AS/Barat menyusut karena mereka berhasil; aktifis semakin diterima dan bekerja sama dengan sistem kebijakan kesehatan; membangun peran <i>civil society group</i> dalam <i>provision</i>	Memastikan bahwa HIV/AIDS masih menjadi prioritas kebijakan dan sumber daya di Barat; memberikan perhatian kepada HIV/AIDS di negara-negara miskin	Meningkatkan kesadaran akan penyebaran HIV/AIDS secara global
Akhir 1990-an di negara berpendapatan sedang dan rendah: tumbuhnya aktifis	Pendanaan luar negeri terhadap orang yang berpendidikan dan sadar, serta mendukung <i>civil society group</i> ; ledakan <i>civil society group</i> ; kerjasama antara <i>civil society group</i> Utara-Selatan	Diskusi publik terang-terangan mengenai HIV/AIDS, kepemimpinan yang lebih baik, respons pemerintah yang menyetujui, <i>provision</i> AZT dan pengobatan koinfeksi	Dampak yang signifikan di negara pelopor seperti Uganda dan Brazil; hasilnya: ART dapat tersedia di negara berpendapatan sedang dengan hasil yang baik dan respons komprehensif dapat menghemat biaya perawatan kesehatan

<p>Akhir 1990-an/awal 2000-an: gerakan global untuk akses pengobatan</p>	<p>Periode advokasi yang diilhami oleh keberhasilan protes <i>civil society group</i> dan perlawanan terhadap usaha farmasi AS/Afrika Selatan untuk mencegah pemerintah Afrika Selatan dari pemberian biaya ART generik yang rendah; tumbuhnya koalisi LSM internasional yang mendorong ART biaya rendah dengan mendukung produksi obat generik dan menekan farmasi untuk mengurangi harga di negara berpendapatan rendah</p>	<p>Akses universal terhadap pengobatan yang terjangkau sebagai sebuah hak asasi manusia; HIV/AIDS dipandang sebagai isu yang berkembang dengan konsekuensi ekonomi negatif</p>	<p><i>Civil society group</i> berkontribusi terhadap pengenalan bahwa pertimbangan kesehatan publik memiliki bobot yang sejalan dengan perdagangan dan properti intelektual dalam <i>World Trade Organisation</i>; inisiatif pendanaan baru (<i>Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria</i>, dan <i>US President's Plan for Aids Relief</i>); pemberian ART berangsur dibantu dengan harga obat yang lebih rendah di negara berkembang</p>
--	---	--	--

Sumber: Seckinelgin (2002), Zuniga (2005)

Catatan:

ACTUP= AIDS Coalition to Unleash Power

PLWA=People living with AIDS

ART= Antiretroviral Therapy

STI=sexually transmitted infection

AZT= Azidothymidine

TAG=treatment action group

Kegiatan 6.7

Mengapa kebijakan HIV/AIDS menarik keterlibatan *civil society group* tingkat tinggi?

Feedback

Berikut adalah sejumlah faktor yang dapat menjelaskan aktifisme *interest group* tingkat tinggi, terutama di tahap awal pandemi di negara berpendapatan tinggi yang memberikan contoh bagi aktifis selanjutnya di negara berpenghasilan rendah dan sedang:

- Profil demografis dari populasi awal yang terpengaruh dan sebagian besar infeksi lanjutan HIV/AIDS cenderung menginfeksi anak muda dan di negara seperti Inggris, bahwa lebih banyak mempengaruhi populasi pria homoseksual di kota.
- HIV dan bahkan AIDS sebelum terapi tersedia, bukanlah pembunuh langsung, sehingga memberikan kesempatan bagi aktifis, tidak seperti penyakit lainnya.
- Rentetan dari gerakan sosial lainnya – di AS dan negara Barat, kelompok penduduk yang paling terkena dampaknya adalah pria homoseksual yang sebelumnya pernah ikut dalam gerakan hak gay pada tahun 1970-an. Mereka menggunakan strategi hak sipil yang sama dan menolak menjadi 'pasien'. Di negara berpendapatan rendah, aktifis HIV/AIDS diinspirasi oleh dan berkerja sama dengan gerakan keadilan sosial untuk bantuan.

- Lambatnya respons resmi di negara berpendapatan tinggi. Dibutuhkan dua sampai empat tahun, dan kadang lebih lama lagi, antara diagnosis awal dan pembentukan kampanye yang resmi.

Kegiatan 6.8

Menurut pembaca mengapa aktifis HIV/AIDS kurang terkenal di negara berpendapatan rendah pada tahun 1980-an dan awal 1990-an?

Feedback

Terdapat sejumlah alasan yang saling terkait untuk fenomena ini. Pembaca mungkin menuliskan salah satu dari yang tertulis di bawah ini:

- Kurangnya data dan menyebabkan kurangnya kesadaran pandemi.
- Ketidaktanggapan pemimpin politik, terutama di negara yang tidak demokratis di Afrika (yang sangat umum terjadi pada 1980-an).
- Penolakan oleh pemerintah dan opini publik bahwa AIDS adalah Barat, yang hanya berpengaruh pada orang homoseksual saja.
- Fakta bahwa HIV/AIDS di negara berpendapatan rendah tidak mempengaruhi kelompok terkait seperti populasi homoseksual di AS, tapi yang terpengaruh adalah orang miskin yang dapat dengan mudah diabaikan.
- Prioritas saingan lainnya dari perhatian *interest group* dan sistem kesehatan yang berupa penyakit yang mematikan langsung dan kekurangan gizi.
- Tidak adanya ketertarikan donor dan pendanaan terhadap LSM di area HIV/AIDS tersebut.

Kegiatan 6.9

Bagaimana pembaca mencirikan evolusi *interest group* dalam bidang HIV/AIDS pada awal 1980-an sampai awal abad kedua puluh satu dari Tabel 6.1?

Feedback

Tabel 6.1 menunjukkan dua tren, yaitu:

- Perpindahan dalam aktivitas *interest group* dari advokasi (sebagai '*outsider*') menjadi terlibat dalam kebijakan dan penentuan (sebagai '*insider*'). Pada beberapa kasus yang mengarah pada organisasi advokasi, mereka menghilangkan salah satu gol mereka yang telah tercapai.
- Perpindahan fokus utama aktifis dari AS dan negara Barat ke negara dengan pendapatan rendah dan sedang, didorong oleh tingkat kesadaran yang tinggi mengenai penyebaran global kasus AIDS dan pendanaan internasional terhadap *interest group* di Selatan. Hal ini dibarengi oleh kerja sama antara *interest group* di Utara dan Selatan.

Apakah partisipasi *interest group* baik untuk kebijakan?

Sampai saat ini keterlibatan *interest group* telah dianalisa tanpa berusaha untuk memperhatikan konsekuensi positif dan negatifnya terhadap pembuatan kebijakan. Umumnya di masyarakat yang demokratis, keterlibatan organisasi di luar pemerintah dalam proses kebijakan dipandang sebagai hal yang baik. Namun terdapat halangan potensial.

Kegiatan 6.10

Urutkan konsekuensi negatif dan positif apabila banyak *interest group* yang terlibat dalam membentuk kebijakan kesehatan.

Feedback

Pembaca dapat menyertakan daftar manfaat dan halangan di bawah ini:

Tabel 6.2 Manfaat dan halangan yang mungkin dari keterlibatan *interest group* dalam membangun kebijakan kesehatan

Manfaat potensial dari proses kebijakan terbuka	Konsekuensi negatif yang potensial dari proses kebijakan tertutup
Berbagai pandangan yang berkaitan dengan permasalahan dikemukakan termasuk apresiasi yang lebih baik dari dampak-dampak kebijakan pada kelompok yang berbeda	Kesulitan untuk melakukan rekonsiliasi konflik dan persaingan terhadap perhatian dan sumber daya dari <i>interest group</i> yang berbeda
Proses pembuatan kebijakan menyertakan informasi yang tidak terakses oleh pemerintah	Membuat prosesnya sangat kompleks dan memakan waktu untuk mencapai kesepakatan dan untuk mengimplementasikan kebijakan
Konsultasi dan/atau keterlibatan berbagai kepentingan membuat kebijakan mendapat legitimasi dan dukungan yang lebih besar sehingga keputusan kebijakan dapat lebih mudah diimplementasikan	Pertimbangan untuk mengidentifikasi <i>interest group</i> mana yang benar-benar mewakili dan seberapa akuntabel mereka terhadap anggota dan pendanaan mereka
Isu yang baru muncul mendapatkan perhatian pemerintah lebih cepat daripada apabila prosesnya sangat tertutup	Kurangnya sumber daya dan kurangnya keterikatan kepentingan dapat menjadi halangan yang menyebabkan mereka menjadi terabaikan dan termarginalkan
	<i>Interest group</i> mungkin tidak mampu dalam memberikan informasi atau tidak bisa memegang tanggung jawab
	Kegiatan <i>interest group</i> mungkin tidak transparan
	Pertumbuhan <i>front group</i> memungkinkan kepentingan perusahaan berkembang dua kali lipat, dengan cara memberikan pengaruh secara diam-diam
	<i>Interest group</i> bisa jadi adalah orang fanatik, mementingkan diri sendiri, tidak dapat dipercaya, kasar dan suka mengintimidasi – menjadi <i>civil society</i> bukan berarti otomatis menjadi baik

Rangkuman

Terdapat banyak kelompok di luar pemerintah yang mencoba untuk mempengaruhi kebijakan publik dalam isu tertentu pada berbagai tahap proses kebijakan. Di beberapa negara, kelompok ini jumlahnya banyak dan mereka kuat; sementara di negara lainnya terdapat sedikit aktor non pemerintah dan pengaruh mereka dalam pembuatan keputusan relatif terbatas. Sampai tahun 1990-an, kebijakan di negara berpendapatan rendah didominasi oleh elit yang berafiliasi dekat dengan pemerintah yang berkuasa. Namun pada tahun 1990-an, di berbagai negara berpendapatan

rendah jumlah kelompok dan aliansi yang berbeda yang mencoba untuk mempengaruhi kebijakan pemerintah jumlahnya terus bertambah dan pemerintah semakin menyadari bahwa mereka harus mendengar. LSM yang sebelumnya yang membatasi diri dalam memberikan pelayanan menjadi lebih terlibat dalam advokasi kebijakan. Saat ini aliansi *interest group* dari negara yang berbeda, terutama antara LSM di negara berpendapatan tinggi dengan yang rendah, menjadi lebih populer dalam usaha mereka mempengaruhi kebijakan pemerintah di bidang kesehatan.

Interest group berbeda-beda menurut perlakuan pemerintah terhadap mereka. Beberapa ada yang memperoleh legitimasi yang tinggi, status *insider* dan berkonsultasi rutin. *Sectional group* biasanya termasuk dalam kategori ini karena mereka cenderung lebih kuat dan dapat menerapkan sanksi jika mereka tidak menerima kebijakan pemerintah. Sebaliknya, *cause group* mungkin sering diajak berkonsultasi dan sangat dianggap oleh pemerintah namun sanksi mereka kurang berpengaruh. Mereka dapat dianggap sebagai *outsider group* dan bahkan sering melakukan strategi *outsider* dengan mengorganisir demonstrasi dan memastikan pemberitaan media yang luas dalam rangka untuk memermalukan atau memberi tekanan kepada pemerintah.

Referensi

- Alford RR (1975). *Health Care Politics*. Chicago: University Press
- Chapman S (2001) Civil disobedience and tobacco control: the case of BUGA UP. Billboard Utilising Graffitiists Against Unhealthy Promotions. *Tobacco Control* 5(3): 179-85
- Giddens A (2001). Foreword. In Anheier H, Glasius M dan Kaldor M (eds) *Global Civil Society*. Oxford: Oxford University Press, p. iii. Available at: <http://www.lse.ac.uk/Depts/global/Yearbook/outline.htm>
- Grant W (1984). The role of pressure groups. In Borthwick R dan Spence J (eds) *British Politics in Perspective*. Leicester: Leicester University Press
- Howlett M dan Ramesh M (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. 2nd edn. Don Mills, Ontario: Oxford University Press
- Hulme D dan Edwards M (1997). *NGOs. States and Donors: To Close for Comfort*. London: Macmillan
- Johnson T (1995). Governmentality and the institutionalisation of expertise. In Johnson T, Larkin G dan Saks M (eds) *Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge: pp. 7-24
- Lewis JM (2005). *Health Policy and Politics: Networks, Ideas and Power*. Melbourne: IP Communication
- Marsh D dan Rhodes RAW (1992). Policy communities and issue networks: beyond typology. In Marsh D dan Rhodes RAW (eds) *Policy Networks in British Government*. Oxford: Oxford University Press
- Peterson MA (1999). Motivation, mobilisation and monitoring: the role of interest groups in health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24:416-20
- Seckinelgin H (2002). Time to stop and think: HIV/AIDS, global civil society, and people's politics. In Anheier H, Glasius M and Kaldor M (eds) *Global civil society 2002*. Oxford: Oxford University Press, p.109-36. Available at <http://www.lse.ac.uk/Depts/global/Yearbook/outline.htm>
- Walt G (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg and London: Witwatersrand University Press and Zed Books
- Zuniga J (2005). Civil society and global battle againsts HIV/AIDS. In Back E, Mays N, Whiteside A dan Zuniga J (eds) *Dealing with the HIV Pandemic in the 21st century: Health System' Responses, Past, Present and Future*. Oxford: Oxford University Press, forthcoming

Chapter 7

Implementasi Kebijakan

Gambaran Umum

Proses kebijakan adalah proses yang kompleks dan interaktif: banyak kelompok dan organisasi tingkat nasional maupun internasional mencoba untuk mempengaruhi agenda kebijakan dan bagaimana kebijakan-kebijakan diformulasikan. Pembuatan kebijakan belum berakhir meskipun tindakan yang harus dilakukan telah ditetapkan. Kita tidak bisa mengasumsikan bahwa kebijakan akan diimplementasikan karena pengambil keputusan bergantung pada pihak-pihak lain untuk merealisasikan kebijakan mereka. Bab ini menggambarkan proses tersebut.

Tujuan

Setelah mempelajari Bab ini, Pembaca akan mampu dengan lebih baik untuk:

- Membandingkan teori implementasi kebijakan “top-down” dan “bottom-up”
- Memahami pendekatan yang lain untuk implementasi kebijakan termasuk pendekatan-pendekatan yang berusaha untuk mensintesis pengetahuan dari kedua perspektif “top-down” dan “bottom-up”
- Mengidentifikasi beberapa tekanan antara badan-badan internasional dan pemerintah nasional, dan antara otoritas pusat dan lokal dalam sebuah negara, yang mempengaruhi implementasi
- Menggambarkan beberapa faktor yang memfasilitasi atau menghambat implementasi kebijakan yang ditentukan secara terpusat.

Istilah

Advocacy coalition: kelompok dalam sebuah sub- sistem kebijakan yang dibedakan oleh pembagian dalam sekumpulan norma, kepercayaan dan sumber daya. termasuk didalamnya para politikus, pegawai negeri sipil, anggota dari kelompok yang terkait, para jurnalis dan akademisi yang berbagi ide tentang tujuan kebijakan dan tentang solusi.

Teori implementasi bottom-up: teori yang mengakui bahwa tingkatan yang lebih rendah akan dapat memainkan peran yang lebih aktif dalam proses implementasi, termasuk mempunyai beberapa keleluasan untuk merubah kebijakan dalam sistem, dengan demikian menghasilkan hasil-hasil kebijakan yang berbeda dari yang dibayangkan.

Implementation process (proses implementasi): proses yang mengubah suatu kebijakan ke dalam bentuk praktis

Implementation Gap: perbedaan antara apa yang diinginkan oleh arsitek kebijakan dan hasil akhir dari sebuah kebijakan.

Policy instrument (Instrumen kebijakan): salah satu pilihan yang dapat digunakan oleh pembuat kebijakan dalam penetapan kebijakan untuk memberikan dampak pada suatu tujuan kebijakan (contoh privatisasi, regulasi, dan lain-lain).

Principle-agent theory: hubungan antara *principle* (pembeli) dan agen (penyedia), yang bersama-sama tertuang dalam kontrak atau kesepakatan yang memungkinkan pembeli untuk menentukan apa yang harus disediakan dan mengecek bahwa hal tersebut telah dipenuhi.

Street-level bureaucrats (Birokrat-tingkat jalanan): staf garis depan yang terlibat dalam penyampaian layanan publik kepada anggota publik yang mempunyai beberapa keleluasan dalam bagaimana mereka menerapkan tujuan-tujuan dan prinsip-prinsip kebijakan yang diberikan kepada mereka

oleh pemerintah pusat.

Teori Implementasi *top-down*: teori yang mengedepankan pembagian yang jelas antara formulasi kebijakan dan implementasi, dan proses implementasi yang rasional dan linier, di mana tingkat-tingkat di bawahnya melaksanakan praktek berdasarkan pada seting-seting tujuan sesuai dengan apa yang dimaksudkan oleh tingkat yang lebih tinggi.

***Transactional cost economics (ekonomi biaya transaksional)*:** teori yang menyatakan bahwa efisiensi produksi barang dan layanan tergantung pada menurunnya biaya-biaya transaksi antara pembeli dan penjual dengan menghilangkan beberapa ketidakpastian yang mungkin ada pada kedua belah pihak dan memaksimalkan kemampuan pembeli untuk memonitor dan mengontrol transaksi.

Pendahuluan

Implementasi telah didefinisikan sebagai ‘apa yang terjadi antara harapan-harapan kebijakan dan hasil kebijakan (yang dirasakan)’ (DeLeon, 1999). Hingga tahun 1970-an, para ilmuwan kebijakan cenderung memfokuskan perhatiannya pada seting agenda, formulasi kebijakan dan ‘tahapan-tahapan’ pembuatan keputusan kebijakan dari proses kebijakan (lihat Bab 1, ringkasan tentang ‘tahapan-tahapan’ dan Bab 4, 5 dan 6, ringkasan tentang sejumlah seting agenda, dan formulasi kebijakan di dalam dan di luar pemerintahan). Meskipun ‘tahapan’ yang formal jauh dari realita yang kacau dari sebagian besar proses kebijakan, namun ‘tahapan’ ini tetaplah suatu alat yang sangat berguna untuk membantu mencermati kegiatan-kegiatan dan para aktor yang berbeda-beda. Perubahan yang mengikuti keputusan kebijakan relatif telah diabaikan. Namun, menjadi semakin jelas bahwa dalam prakteknya, banyak kebijakan-kebijakan publik tidak berjalan dengan semestinya dan juga tidak sesuai harapan para pendukungnya. Serangkaian studi terhadap program-program anti kemiskinan di akhir tahun 1960-an, awalnya di Amerika Serikat, berujung pada peningkatan fokus para praktisi dan analis dalam menunjukkan dampak - dampak kebijakan dan menjelaskan mengapa konsekuensinya sering tidak sesuai dengan yang direncanakan (Pressman dan Wildavsky, 1984).

Dewasa ini, mengamati ‘*gap*’ antara apa yang direncanakan dengan apa yang terjadi sebagai sebuah hasil dari suatu kebijakan umum dijumpai. Contohnya, ada banyak studi kasus tentang dampak kebijakan kesehatan ‘yang dipaksakan’ oleh para donor internasional di negara-negara miskin menunjukkan bahwa mereka mempunyai hasil yang kurang positif karena berbagai alasan. Contohnya, El Salvador menerima pinjaman dari *Inter-American Development Bank* (IDB) untuk memperbaiki infrastruktur kesehatannya. Akan tetapi, tidak ada penutupan fasilitas-fasilitas tua atau perbaikan terhadap fasilitas yang rusak. Sebagai hasilnya, anggaran pemeliharaan dan perbaikan oleh Departemen Kesehatan El Salvador tidak dapat mencukupi untuk pemeliharaan fasilitas yang sedemikian banyak, sehingga fasilitas-fasilitas menjadi semakin buruk (Walt, 1994). Banyak reformasi pemerintah difokuskan sekarang ini untuk mengembangkan sistem-sistem yang meningkatkan kemungkinan bahwa kebijakan-kebijakan pemerintah akan diimplementasikan dalam cara yang dimaksudkan oleh para menteri dan memberikan informasi tentang dampak kebijakan. Contohnya, pemerintahan buruh di Inggris Raya, di akhir tahun 1990-an menitikberatkan pada apa yang disebut ‘*delivery*’ yang bersifat imperatif, artinya bahwa kebijakan-kebijakan seharusnya dapat membuat sebuah perubahan bagi kehidupan masyarakat. Pemerintahan tersebut menyusun serangkaian target-target kuantitatif dengan tanggal - tanggal pencapaian yang eksplisit dan menuntut tanggung jawab kementerian-kementerian dan lembaga - lembaga dalam penyampaianya. PBB juga menyusun tujuan pembangunan milenium-nya di tahun 2000 untuk fokus pada usaha-usaha dari lembaga - lembaga mereka sendiri dan pemerintah-pemerintah dunia pada target-target kuantitatif yang telah diatur berdasarkan waktu untuk mengurangi kemiskinan, malaria dan AIDS, dan meningkatkan akses pendidikan pada tahun 2015. Sayangnya, tujuan-tujuan itu mungkin tidak akan tercapai.

Kegiatan 7.1

Mengapa program-program yang dijalankan oleh berbagai donor di negara-negara berpenghasilan rendah kurang sukses seperti yang diharapkan? Rintangan - rintangan apa yang menghalangi Deperatemen Kesehatan dalam mengimplementasikan program-program tersebut?

Feedback

Berbagai macam alasan termasuk sebagai berikut: sistem yang terbatas untuk menyerap sumber daya-sumber daya baru di negara-negara penerima, kurangnya kapasitas pemerintah di negara-negara penerima dalam penggunaan yang baik, tekanan untuk mencapai hasil-hasil yang sangat nyata dan cepat didorong oleh siklus pembiayaan jangka pendek, pemasukan model kebijakan asing berdasarkan pada teori-teori yang telah diuji dalam konteks yang berbeda (contohnya Afghanistan, world bank mereformasi sistem kesehatan dengan menggunakan pengalaman sukses mereka di Kamboja untuk memperkenalkan pemisahan pembeli-penyedia yang berkaitan dengan performa yang didasarkan pada kontrak layanan, dengan mengabaikan perbedaan-perbedaan antara dua negara), perbedaan-perbedaan cara pandang dan prosedur-prosedur operasional antara negara donor dan penerima, biaya tinggi yang dipaksakan berdasarkan persyaratan-persyaratan administratifnya oleh donor ke pada penerima (misalnya, biaya-biaya yang berulang-ulang untuk mempersiapkan proposal untuk pembiayaan dalam jangka yang tetap) dan kegagalan untuk mengidentifikasi kepentingan-kepentingan yang saling bertentangan dan/atau menemukan cara mengubah posisi mereka.

Model teoritis awal dari implementasi kebijakan

Pendekatan 'top-down'

Pendekatan 'top-down' untuk memahami implementasi kebijakan berkaitan erat dengan model rasional dari seluruh proses kebijakan, yang melihatnya sebagai suatu urutan kegiatan yang linier di mana ada suatu pembagian yang jelas antara formulasi kebijakan dan eksekusi kebijakan. Formulasi kebijakan dilihat sebagai politik yang eksplisit dan eksekusi kebijakan dilihat sebagai kegiatan teknis, administratif dan manajerial yang besar. Kebijakan-kebijakan yang disusun di tingkat nasional atau internasional harus dikomunikasikan hingga tingkat bawah (contohnya otoritas kesehatan, rumah sakit, klinik) yang kemudian diisi dengan mempraktekannya. Pendekatan 'top-down' dikembangkan dari studi-studi awal tentang 'defisit atau kesenjangan implementasi' untuk memfasilitasi pemahaman yang lebih baik bagi pembuat kebijakan tentang sistem apa yang mereka perlu terapkan untuk meminimalkan 'gap' antara aspirasi dan realitas (hal ini membuat proses hampir lebih mendekati teori rasional). Studi-studi ini bersifat empiris tetapi memunculkan kesimpulan preskriptif. Jadi, menurut Pressman dan Wildavsky (1984), kemampuan dalam mengembangkan sebuah sistem yang mengembangkan hubungan kausal antara penetapan tujuan dan tindakan - tindakan suksesif yang didesain untuk mencapainya merupakan kunci untuk mencapai implementasi yang efektif. Tujuan harus didefinisikan dengan jelas dan dipahami secara luas, politik yang sesuai, administratif, teknis dan keuangan harus tersedia, sebuah rantai komando harus diciptakan dari pusat hingga ke bawah, dan suatu sistem komunikasi dan kontrol harus ditempatkan untuk menjaga keseluruhan rangkaian sistem. Kegagalan disebabkan oleh pengadopsian strategi yang salah dan menggunakan mekanisme salah.

Para pendukung teori 'top-down' kemudian mengembangkan enam kondisi yang diperlukan untuk implementasi kebijakan yang efektif (Sabatier dan Mazmanian, 1979), mengindikasikan bahwa jika kondisi-kondisi ini dicapai, kebijakan seharusnya diimplementasikan sebagaimana yang dimaksudkan:

- Tujuan-tujuan yang konsisten secara logis dan jelas
- Teori kausal yang memadai (yaitu teori yang valid tentang bagaimana tindakan - tindakan khusus akan menghasilkan keluaran-keluaran yang diharapkan)

- Suatu proses implementasi terstruktur untuk meningkatkan kepatuhan oleh para pelaku (misalnya, insentif dan sanksi yang tepat untuk mempengaruhi tingkat bawah dengan cara yang sesuai dengan yang dipersyaratkan)
- Pegawai yang mengimplementasikan harus berkomitmen dan terampil
- Dukungan dari *interest groups* dan parlemen
- Tidak ada perubahan kondisi sosio-ekonomi yang merusak dukungan politik atau teori kausal yang mendasari kebijakan.

Pendukung dari pendekatan ini berargumen bahwa hal ini dapat membedakan secara empirik antara proses implementasi yang gagal dan yang sukses, dan dengan demikian menyediakan panduan yang sangat berguna bagi para pembuat keputusan. Kelemahannya yang paling jelas adalah bahwa kondisi yang pertama jarang dipenuhi karena dalam kebanyakan kebijakan publik ditemukan tujuan – tujuan yang tidak jelas dan tidak konsisten. Ilmuwan kebijakan lainnya masih lebih kritis.

Kegiatan 7.2

Kritiklah berdasar apa yang pembaca telah ketahui tentang kebijakan dalam bidang kesehatan, apakah yang pembaca dapat berikan bagi perspektif '*top-down*' dalam implementasi yang efektif? Seberapa baguskah penjelasan yang ditawarkan bagi implementasi kebijakan dalam pendapat pembaca sendiri? Seberapa baguskah suatu panduan yang ditawarkan bagi implementasi kebijakan ditawarkan?

Feedback

Kritik – kritik utama dalam pendekatan '*top-down*' adalah:

- Pendekatan ini mengadopsi secara eksklusif perspektif pembuat keputusan di tingkat pusat (mereka yang di puncak dari hierarki atau terlibat secara langsung dalam awal formulasi kebijakan) dan mengabaikan peranan aktor-aktor lainnya (misalnya LSM, organisasi - organisasi profesi, sektor swasta) dan kontribusi tingkat lainnya dalam proses implementasi (misalnya dinas kesehatan propinsi dan staf garis depan)
- Sebagai suatu pendekatan analitik, pendekatan ini akan berisiko overestimasi terhadap dampak tindakan pemerintah pada suatu permasalahan dibandingkan faktor-faktor lainnya.
- Sulit untuk diaplikasikan dalam situasi dimana tidak ada satu kebijakan atau agen yang dominan - dalam berbagai bidang, banyak kebijakan yang bermain dan terdapat banyak agen
- Hampir tidak ada kemungkinan bahwa prasyarat-prasyarat untuk implementasi yang sukses disusun oleh para '*top-down*' akan dijumpai.
- pemisahan antara keputusan kebijakan dengan implementasi menyesatkan dan secara praktis tidak membantu karena kebijakan-kebijakan berubah saat diimplementasikan
- Dampak derajat perubahan yang dipersyaratkan kebijakan bagi implementasi tidak dipertimbangkan secara eksplisit

Intinya, para kritikus menyatakan bahwa realita implementasi kebijakan lebih kacau dan lebih kompleks daripada yang dapat ditangani oleh pendekatan '*top-down*' yang paling canggih sekalipun dan bahwa nasehat praktis yang dihasilkan dalam mengurangi '*gap*' antara harapan dan realitas menjadi tidak relevan. Untuk memperkuat poin-poin ini, Hogwood dan Gunn (1984) membuat suatu daftar yang menuntut adanya 10 prasyarat untuk apa yang mereka sebut 'implementasi sempurna' untuk menunjukkan bahwa pendekatan '*top-down*' adalah tidak realistis di sebagian besar negara:

1. Keadaan-keadaan eksternal agen tidak memberatkan

2. Sumber daya dan waktu tercukupi
3. Kombinasi sumber daya yang disyaratkan tersedia.
4. Kebijakan didasarkan pada suatu teori sebab akibat yang valid.
5. Hubungan antara sebab dan akibat adalah langsung
6. Hubungan yang saling berketergantungan minimal- dengan kata lain, pembuat kebijakan tidak tergantung pada kelompok atau organisasi yang mereka sendiri bersifat saling bergantung.
7. Ada suatu pemahaman dan kesepakatan atas tujuan.
8. Tugas-tugas dispesifikasikan secara penuh dalam urutan yang benar.
9. Komunikasi dan koordinasi adalah sempurna.
10. Pihak berwenang dapat meminta dan mendapatkan kepatuhan seutuhnya.

Karena sangat tidak mungkin bahwa ke 10 prasyarat dapat dihadirkan pada waktu yang sama, para kritikus pendekatan '*top-down*' menyatakan bahwa pendekatan '*top-down*' bukanlah sebuah deskripsi yang baik tentang apa yang terjadi dalam praktek dan bukanlah petunjuk yang sangat membantu untuk memperbaiki implementasi.

Pendekatan '*bottom-up*'

Pandangan '*bottom-up*' terhadap proses implementasi adalah bahwa para pengimplementasi sering memainkan sebuah fungsi yang penting dalam implementasi, tidak sekadar sebagai manager kebijakan yang diperintahkan dari atas, tetapi berpartisipasi aktif dalam suatu proses kompleks yang memberikan informasi ke tingkat yang lebih tinggi dalam sistem, dan bahwa kebijakan seharusnya dibuat oleh para pembuat kebijakan dengan pengetahuan ini. Bahkan dalam sistem yang sangat tersentral, beberapa kekuasaan biasanya diberikan pada agen-agen dan staf tingkat bawah. Sebagai hasilnya, para pengimplementasi mungkin mengubah cara suatu kebijakan diimplementasikan dan bahkan dalam proses, tujuan kebijakan didefinisi ulang. Salah satu dari studi yang sangat berpengaruh dalam perkembangan perspektif '*bottom-up*' terhadap implementasi adalah oleh Lipsky (1980) yang mempelajari perilaku dari apa yang dia sebut '*street level bureaucrats*' atau 'birokrat tingkat jalanan' dalam kaitannya dengan klien mereka. 'Birokrat tingkat jalanan' termasuk staf garis depan yang mengelola kesejahteraan sosial, pekerja sosial, guru, pegawai pemerintah, dokter dan perawat. Lipsky menunjukkan bahwa biarpun mereka bekerja dalam lingkungan dengan aturan yang mengikat, mereka mempunyai beberapa keleluasaan dalam bagaimana mereka berhubungan dengan klien mereka dan bahwa staf seperti dokter, pekerja sosial dan guru mempunyai tingkat keleluasaan yang tinggi yang meningkatkan mereka menghindari perintah kebijakan pusat dan akhirnya merubah kebijakan pada tingkat mereka.

Kerja Lipsky membantu mere-konseptualisasi proses implementasi, khususnya dalam pelayanan kesehatan dan sosial yang tergantung pada tindakan – tindakan dari sejumlah besar staf profesional, sebagai proses politik yang lebih interaktif, yang dicirikan melalui negosiasi yang tak terhindarkan dan konflik antara kepentingan dan tingkatan-tingkatan dalam sistem kebijakan. Sebagai hasilnya, para peneliti mulai memfokuskan perhatian mereka pada aktor-aktor dalam proses implementasi, tujuan mereka, strategi mereka, kegiatan mereka dan hubungan satu sama lain di antara mereka. Menariknya, studi-studi '*bottom-up*' menunjukkan bahwa meskipun syarat-syarat model rasional (misalnya, sebuah rantai komando yang baik, penentuan tujuan yang baik, sumber daya yang banyak, dan sistem komunikasi dan monitoring) '*top-down*' terpenuhi, kebijakan-kebijakan dapat diimplementasikan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan keinginan para pembuat kebijakan. Kebijakan yang bermaksud baik dapat membuat sesuatu menjadi buruk, contohnya, dengan beban kerja staf yang berlebihan, dengan begitu mereka harus mengembangkan strategi –strategi reaktif yang tidak dikehendaki.

Hampir 30 tahun kemudian, studi-studi ‘birokrat tingkat jalanan’ masih tetap relevan. Contohnya, Walker dan Gilson (2004) mempelajari bagaimana para perawat dalam klinik layanan kesehatan primer di sebuah kota yang sibuk di Afrika Selatan menjalani dan merespon implementasi kebijakan nasional layanan gratis (menghapus biaya bagi pengguna layanan) tahun 1996. Mereka menunjukkan bahwa ketika para perawat menyetujui pentingnya kebijakan untuk perbaikan akses layanan, namun, dalam prakteknya, mereka berperilaku berlawanan karenanya memperburuk permasalahan-permasalahan yang ada dalam lingkungan kerja mereka dan meningkatkan beban kerja mereka, tanpa diimbangi dengan peningkatan jumlah staf dan ketersediaan obat-obatan. Mereka juga tidak puas karena merasa bahwa mereka tidak dilibatkan dalam proses perubahan kebijakan. Para perawat juga percaya bahwa banyak pasien menyalahgunakan sistem gratis ini dan ada beberapa pasien yang tidak berhak mendapat layanan gratis ini karena mereka secara personal bertanggung jawab atas permasalahan kesehatan sendiri. Pandangan-pandangan seperti itu berlawanan dengan prinsip-prinsip yang mendasari kebijakan layanan gratis dan membuat para perawat lambat dalam memberikan akses gratis untuk layanan bagi kelompok-kelompok pasien tertentu.

Pengetahuan dari perspektif ‘*bottom-up*’ pada implementasi kebijakan juga telah mengarahkan berbagai studi dalam sistem layanan kesehatan dengan cara di mana hubungan antara pusat, provinsi dan agen-agen lokal mempunyai pengaruh atas kebijakan. Kemampuan pusat untuk mengontrol tingkat yang lebih rendah dari sistem sangat bervariasi dan tergantung pada faktor-faktor seperti dari manakah biaya-biaya yang ada datang dan siapa yang mengontrolnya (contohnya, keseimbangan antara sumber-sumber pembiayaan pusat dan lokal), legislasi (misalnya tingkat otoritas yang bertanggung jawab untuk tugas-tugas tersebut), aturan operasional dan kemampuan pemerintah untuk menegakkannya (misalnya, melalui penilaian performa, audit, insentif dan lain-lain). Hubungan antara pusat dan daerah dalam sistem kesehatan mempengaruhi nasib banyak kebijakan. Kadang-kadang, contohnya di Afrika Selatan yang telah ditunjukkan di atas, kebijakan-kebijakan diselewengkan selama implementasi. Di waktu yang lain, kebijakan secara keseluruhan ditolak. Di Selandia Baru, pada awal tahun 1990-an, pemerintah memperkenalkan *user charges* bagi pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk menghapus insentif yang diterima bagi pasien yang pergi ke rumah sakit daripada pasien yang menggunakan layanan primer di mana mereka dikenakan biaya untuk layanan. Apapun kelebihan intelektualnya, kebijakan tersebut benar-benar tidak populer di antara masyarakat umum, pasien, dan manager dan staff rumah sakit yang harus mengumpulkan biaya. *user charges* semakin ditinggalkan hingga menghilang sekitar 2 tahun setelah diperkenalkan.

Kegiatan 7.3

Tulis dalam dua kolom perbedaan-perbedaan pokok antara pendekatan ‘*top-down*’ dan ‘*bottom-up*’ untuk implementasi kebijakan. Pembaca mungkin akan membandingkan aspek-aspek dari dua pendekatan implementasi sebagai berikut: fokus awal, identifikasi aktor-aktor utama; pandangan terhadap proses kebijakan; kriteria evaluatif dan fokus keseluruhan.

Feedback

Jawaban pembaca seharusnya meliputi beberapa perbedaan-perbedaan yang ditunjukkan dalam tabel 7.1. Meskipun pendekatan ‘*bottom-up*’ menarik bagi pekerja layanan kesehatan dan pegawai tingkat menengah karena pendekatan ini membawa pandangan dan hambatan mereka dalam tindakan mereka, pendekatan ini memunculkan banyak pertanyaan sama seperti perspektif ‘*top-down*’. Salah satu pertanyaan yang nyata adalah apakah kebijakan seharusnya dibuat secara dominan dari pendekatan ‘*top-down*’ ataukah ‘*bottom-up*’. Pertanyaan lainnya adalah bagaimana divergensi pandangan dan tujuan di antara para aktor pada tingkat yang berbeda dapat atau seharusnya direkonsolidasikan. Secara khusus, dalam sebuah demokrasi, seberapa besar pengaruh para profesional yang tak terpilih seharusnya miliki dalam membentuk konsekuensi akhir dari kebijakan yang ditentukan oleh pemerintah terpilih?

Tabel 7.1 Pendekatan ‘top-down’ dan ‘bottom-up’ dalam implementasi kebijakan

	Pendekatan ‘top-down’	Pendekatan ‘bottom-up’
Fokus awal	Keputusan pemerintah pusat	Aktor dan jaringan implementasi lokal
Identifikasi aktor-aktor utama	Dari puncak-ke bawah dan dimulai dari pemerintah	Dari dasar ke atas, termasuk pemerintah dan non-pemerintah
Pandangan proses kebijakan	Proses yang rasional, berawal dari identifikasi masalah di tingkat atas hingga implementasi di tingkat bawah	Proses interaktif melibatkan pembuat kebijakan dan para pengimplementasi dari berbagai bagian dan tingkat pemerintah dan pihak luar di mana kebijakan mungkin berubah selama implementasi
Kriteria evaluatif	Derajat pencapaian tujuan – tujuan formal dari pada pengakuan konsekuensi – konsekuensi yang tidak diharapkan	Lebih tidak jelas, bida jadi proses kebijakan yang mempertimbangkan pengaruh-pengaruh lokal
Fokus keseluruhan		Pengakuan atas interaksi strategis antara berbagai aktor ganda dalam jaringan kebijakan- yang berfokus pada ‘agen-agen’

Sumber: diadaptasi dan diperluas dari sabatier (1986).

Kegiatan 7.4

Tulislah beberapa kekurangan lain dari pendekatan ‘bottom-up’ !

Feedback

Sebagai tambahan terhadap pertanyaan-pertanyaan normatif yang disebutkan dalam paragraf di atas, pembaca mungkin dapat menambahkan hal - hal sebagai berikut:

- Jika tidak ada perbedaan secara analitik atau dalam kenyataan antara ‘kebijakan’ dan ‘implementasi’, maka sulit untuk memisahkan pengaruh dari tingkat yang berbeda dari pemerintah dan dari para politikus terpilih dalam keputusan kebijakan dan konsekuensinya. Ini penting untuk demokrasi dan birokrasi yang dapat dipertanggungjawabkan.
- Jika tidak ada pemisahan poin-poin keputusan dalam proses kebijakan, menjadi sangat sulit untuk melakukan beberapa evaluasi pengaruh kebijakan tertentu (sebagaimana yang akan pembaca lihat dalam Bab 9).
- Pendekatan ini beresiko meremehkan pengaruh-pengaruh tak langsung dari pusat dalam membentuk institusi di mana aktor pada tingkat yang lebih rendah beroperasi dan mendistribusikan sumber daya-sumber daya politik yang mereka miliki, termasuk mengizinkan mereka untuk terlibat dalam pembentukan implementasi.

Daftar kekurangan ini mengingatkan perlunya kehati-hatian dalam memutuskan salah satu teori yang superior dari teori lainnya dalam sebuah bidang kompleks seperti kebijakan sangat

diperlukan. Kebanyakan teori dalam ilmu kebijakan menyederhanakan kompleksitas dari beberapa keadaan untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas.

Cara pemahaman implementasi kebijakan yang lain: di luar pendekatan 'top-down' dan 'bottom-up'

Pendekatan yang diperdebatkan sejauh ini sebagian besar dikembangkan oleh para ilmuwan politik dan sosiologi. Ahli manajemen dan ekonom juga telah diminta untuk mencoba menjelaskan mengapa pendekatan 'top-down' dan 'bottom-up' meninggalkan kesenjangan antara maksud dan hasil akhir.

Principle-agent theory

Dari perspektif *principle-agent*, implementasi kebijakan yang kurang optimal adalah sebuah hasil yang pasti terjadi dari struktur institusi pemerintah modern di mana para pembuat keputusan ('*principals*') harus mendelegasikan tanggung jawab implementasi kebijakan mereka kepada pegawai mereka (misalnya, pegawai negeri sipil dalam departemen kesehatan) dan agen-agen lain (misalnya manager, dokter dan perawat dalam sektor kesehatan atau kontraktor swasta) yang hanya mereka kontrol secara tidak langsung dan tidak penuh sehingga sulit dimonitor. 'Agen-agen' ini mempunyai keleluasaan dalam beroperasi atas nama '*principals*' politik dan bahkan mungkin tidak melihat diri mereka sendiri sebagai bagian yang terlibat dalam pembuatan sebuah realita yang sesuai dengan harapan '*principals*'. Contohnya, dokter yang bekerja untuk pemerintah cenderung melihat diri mereka sendiri sebagai anggota dari profesi medis daripada sebagai pegawai negeri sipil. Keleluasaan membuka potensi untuk penerjemahan maksud pemerintah yang tidak efektif dan tidak efisien ke dalam realitas karena 'agen-agen' mempunyai pandangan, ambisi, loyalitas dan sumber daya sendiri yang dapat menghalangi implementasi kebijakan. Permasalahan yang inheren untuk para politikus adalah bagaimana mendapat kepatuhan atas maksud para politikus oleh pegawai mereka dan pihak lainnya yang dikontrak untuk menyampaikan layanan pada semua level. Semakin banyak tingkatan hirarki, semakin banyak hubungan antara *principal*-agen yang terjadi dikarenakan setiap tingkatan tergantung pada tingkatan di bawahnya dan semakin komplekslah tugas untuk mengontrol proses implementasi.

Rentang keleluasaan dan kompleksitas dari hubungan *principal*-agen pada gilirannya dipengaruhi oleh:

- *Sifat dari permasalahan kebijakan*-menonjolkan sifat-sifat seperti makro versus sektoral atau mikro (yaitu skala perubahan yang dipersyaratkan dan ukuran kelompok yang dipengaruhi), sederhana versus kompleks, masalah yang kurang jelas versus masalah yang jelas, banyak sebab versus sebab tunggal, sensitivitas politik yang tinggi versus netralitas politik, memerlukan periode yang pendek atau panjang sebelum perubahan muncul, murah versus mahal. Umumnya, jangka panjang, kurang jelas, saling ketergantungan (tujuan dipengaruhi oleh kebijakan lainnya juga), permasalahan profil yang tinggi yang berpengaruh terhadap banyak orang adalah lebih sulit untuk diatasi dari pada dengan jangka pendek, permasalahan-permasalahan khusus dengan sebab tunggal dan komponen teknik yang besar. Kebanyakan pembahasan kebijakan publik memfokuskan pada hal yang pertama (jangka panjang dll) yang diketahui sebagai 'permasalahan yang pelik' atau permasalahan yang tidak pernah ada kemungkinan terdapat solusi yang mudah. Suatu contoh yang khas adalah bagaimana secara bersamaan mengurangi prevalensi penggunaan obat ilegal dalam tahanan, sementara itu, membuat penggunaan obat yang ada menjadi kurang berbahaya bagi kesehatan tahanan yang sudah terlanjur parah menggunakan obat terlarang (misalnya dengan menyediakan suntikan yang bersih atau penyeterilan peralatan). Resikonya adalah bahwa tetap terjadi penyalahgunaan obat yang kurang beresiko, tetapi dengan mengurangi resiko dan dosisnya.

- *Konteks atau keadaan di sekitar permasalahan-* contohnya, situasi politik, apakah ekonomi tumbuh atau tidak, ketersediaan sumber daya dan perubahan teknologi.
- *Organisasi mekanisme yang diperlukan untuk mengimplementasikan kebijakan-* hal ini termasuk sejumlah agen-agen formal dan non formal yang terlibat dalam membuat perubahan yang dikehendaki dan keterampilan dan sumber daya yang harus dibawa untuk diemban.

Sebagai hasil dari berbagai macam faktor ini, pegawai yang secara khas tetap pada posnya lebih lama dari pada para politikus sering menjadi ahli area subjek dan mampu untuk menjalankan dengan sungguh-sungguh keleluasaan, contohnya, seberapa banyak dan kapan mereka menceritakan kepada menteri. Para politikus jadi sering tergantung pada keinginan baik dari pegawai mereka untuk memajukan kepentingan dan karier mereka sendiri.

Kegiatan 7.5

Tiga set faktor yang terdaftar di atas membantu menjelaskan mengapa beberapa kebijakan lebih mudah untuk diimplementasikan daripada yang lainnya. Ambil sebuah kebijakan yang Anda familiar dan menggambarkan sifat permasalahan, konteks dan alat yang diperlukan untuk implementasi kebijakan. Untuk setiap ketiga faktor, cobalah untuk menilai apakah faktor-faktor yang Anda daftar membuat implementasi lebih mudah atau malah lebih sulit.

Feedback

Jawaban pembaca akan tergantung pada kebijakan yang dipilih. Contohnya, jika kebijakan pilihan pembaca mempunyai ciri-ciri teknis yang sederhana (contohnya, pengenalan obat baru), perubahan perilaku minor (contohnya, perubahan minor dalam dosis), dapat diimplementasikan oleh seseorang atau sedikit aktor (misalnya, hanya apoteker), mempunyai tujuan-tujuan yang tidak saling berseberangan dan jelas (misalnya, kontrol gejala dengan lebih baik dengan tanpa implikasi biaya) dan dapat dieksekusi dalam periode waktu yang pendek (misalnya obat-obat yang mudah pengadaan dan distribusinya), pembaca akan beruntung dan pembaca akan mampu untuk menyimpulkan bahwa implementasi akan relatif jelas. Sayangnya, mayoritas persoalan-persoalan dan kebijakan-kebijakan kesehatan lebih kompleks. Para analis kebijakan senang membandingkan tantangan dari tujuan-tujuan seperti menempatkan seseorang di bulan dibandingkan dengan kebijakan publik seperti pengurangan kemiskinan. Tantangan pertama dilaksanakan dalam organisasi yang diatur ketat, sangat berpengaruh, dan dengan organisasi sumber daya yang baik yang berfokus pada tujuan tunggal dengan poin/tujuan akhir yang jelas. Yang kedua didesain oleh sebab-sebab yang banyak, yang melibatkan berbagai macam agen dan aktor dan tujuan yang tak jelas secara inheren (Howlett dan Ramel, 2003).

Pengetahuan tentang *principal*-agen dan teori terkait seperti ekonomi biaya transaksional, yang memfokuskan pada pengurangan biaya yang berhubungan antara pembeli dengan penjual dalam pasar dan layanan publik, memunculkan apresiasi yang lebih luas terhadap kepentingan untuk implementasi kebijakan atas desain institusi dan pilihan instrumen kebijakan berdasarkan pengetahuan bahwa kebutuhan-kebutuhan '*top*' mampu untuk memonitor dan mengontrol 'tingkat jalanan' dengan biaya yang dapat diterima. Salah satu aspek dari hal ini adalah menumbuhkan fokus pada *kontrak* yang aktual dan yang berimplikasi dalam menentukan hubungan antara *principal* dengan agen untuk memastikan bahwa tujuan-tujuan *principal* diikuti oleh agen. Sehingga dalam 'inti' dari pemerintahan pusat, di tahun 1980-an dan 1990-an, di sejumlah negara, layanan sipil direformasi untuk membuatnya lebih eksplisit, di mana pegawai menyampaikan apa yang diharapkan dari dan kepada kementerian sebagai imbal-balik dari gaji yang mereka terima, dan meletakkannya sesuai sasaran kinerja dan indikator-indikator kinerja untuk menilai apakah kinerja mereka dalam memenuhi tujuan pemerintah telah baik atau tidak.

Dalam layanan publik, peranan konvensional dari pemerintah sebagai penyedia langsung layanan ditinjau secara kritis di banyak negara, dengan suatu tinjauan untuk memperbaiki efisiensi

dan ketanggapan layanan untuk tujuan kementerian dan kebutuhan konsumen. Ungkapan yang menarik para pereformasi adalah bahwa pemerintah seharusnya menjadi “pengemudi bukan pengayuh’ kapal Negara (Osborne dan Gaebler, 1992), yang membatasi dirinya sendiri hanya pada apa yang dapat dilakukan dengan yang terbaik. Sebagai hasilnya, beberapa layanan yang secara langsung telah disediakan dalam sektor publik (misalnya, rumah sakit yang dimiliki oleh publik) dikontrak penyedia layanan swasta yang bersifat laba atau nirlaba, dengan demikian membuat peranan pembeli dan penyedia lebih eksplisit. Tabel 7.2 menempatkan berbagai macam instrumen kebijakan substantif yang tersedia bagi pemerintah guna memastikan penyampaian barang-barang dan layanan, setiap instrumen memerlukan tingkat kegiatan pemerintah dan tingkat kewajiban yang berbeda. Dari awal tahun 1980-an, pembuat kebijakan didorong untuk mempertimbangan seluruh kisaran potensi, sejalan dengan preferensi kecenderungan ekonomi pasar melalui pendekatan-pendekatan lainnya untuk menghasilkan barang dan layanan dan teori ekonomi yang sesuai bahwa perilaku diri pemilih yang menarik, para politikus dan birokrat, cenderung memunculkan suatu peningkatan pajak, belanja publik dan kegiatan pemerintah, yang sering tidak penting dan tidak efisien. Dari sudut pandang ekonomi, pemilihan instrumen sebagian besar dilihat sebagai latihan teknis untuk memperbaiki efisiensi dari layanan publik.

Tabel 7.2 Spektrum instrumen kebijakan yang substantif

Keluarga & masyarakat	Organisasi sukarela	Pasar swasta	Informasi dan nasehat	Subsidi	pajak dan <i>user charges</i>	Regulasi	Perusahaan publik	Pelayanan langsung
Aksi sukarela			Campuran aksi sukarela dan wajib				Aksi wajib	
Pelibatan hukum Negara dalam produksi layanan							Pelibatan pemerintah yang tinggi	

Sumber: Howlett dan Ramesh (2003)

Secara umum, pada akhir 1990-an, pasar atau serupa pasar (misalnya, pemisahan pembeli dan penyedia dalam sistem kesehatan yang dibiayai dan dimiliki oleh publik) dan instrumen-instrumen sukarela menjadi terkemuka dibanyak negara, memunculkan serangkaian instrumen yang bersifat lebih kaya dalam sektor-sektor seperti kesehatan. Anggapan dari para pereformasi adalah bahwa hal – hal tersebut akan memperbaiki implementasi dari kebijakan yang dijalankan secara terpusat dan didesain untuk memperbaiki efisiensi dan efektivitas layanan publik.

Sebagaimana perubahan-perubahan instrumen, juga disampaikan adanya perubahan-perubahan proses layanan, seperti kecenderungan untuk men-desentralisasi bagian-bagian dari fungsi pembuat keputusan dari pusat ke tingkat lokal sambil mengurangi sejumlah batasan-batasan dalam hierarki manajemen. Di banyak yuridiksi, agen-agen tingkat bawah diberikan kontrol yang lebih besar melalui badan terhadap urusan mereka sendiri sehari-hari tetapi tetaplah bertanggung jawab untuk pencapaian tujuan-tujuan kunci pemerintah. Teorinya adalah bahwa ini akan memberikan kebebasan bagi agen untuk mengejar tujuan-tujuan dari *principal* mereka, tak terkekang oleh interferensi yang tidak penting, dan mengizinkan *principal* untuk menentukan performa dari agen-agen mereka secara objektif dan menghapuskan alasan dari para agen-agen bahwa performa buruk mereka adalah hasil dari intervensi yang tidak tepat oleh *principal*. Hal-hal yang lebih bersifat otonomi diartikan sebagai ‘firma publik’ atau ‘perusahaan publik’. Semenjak tahun 1991, Rumah Sakit NHS di Inggris Raya telah beroperasi dalam cara ini sebagai badan ‘yang mengatur diri sendiri’ dengan beberapa kebebasan yang dibatasi oleh kontrol kementerian secara langsung. Di tahun 2004, di Inggris, rumah sakit NHS yang berperforma lebih baik didorong untuk menerapkan ‘status yayasan’ yang prinsipnya adalah memberikan mereka kebebasan yang lebih untuk beroperasi secara wiraswasta dan tetap memberikan *rewards* untuk performa yang bagus.

Reformasi yang serupa telah dilakukan di negara-negara dengan pendapatan rendah seperti zambia di mana perbaikan performa dibalas dengan imbalan kebebasan yang lebih besar dari kontrol pemerintah (Bossert dkk., 2003).

Reaksi-reaksi terhadap persepsi bahwa cara-cara tradisional dalam administrasi publik telah gagal untuk menyampaikan apa yang pemerintah butuhkan, dikenal sebagai 'manajemen publik yang baru (NPM)'. NPM bersandar (untuk itu teori *principal*-agen masih merupakan pendekatan yang dominan guna penyebarluasan manajemen sektor publik) pada tinjauan-tinjauan ekonomi dalam implementasi kebijakan dan kepentingan ke dalam sektor publik dari teknik-teknik manajemen yang digunakan dalam perusahaan-perusahaan swasta yang besar.

Kegiatan 7.6

Sarikan elemen-elemen penting dari 'manajemen publik yang baru (NPM)' dari yang baru saja pembaca baca tentang teori *principal*-agen dan ide-ide yang terkait.

Feedback

NPM adalah sebuah hibrid dari pengaruh-pengaruh intelektual dan pengalaman praktis yang berbeda-beda, dan menitikberatkan pada sesuatu yang berbeda-beda di negara yang berbeda, tetapi elemen-elemen berikut umumnya terlihat sebagai ciri NPM:

- kejelasan peranan dan tanggung jawab dalam implementasi kebijakan yang efektif dengan memisahkan fungsi 'politik' (yaitu memberikan saran pada menteri dalam menentukan arah kebijakan) dari 'eksekutif' (yaitu, penyampaian layanan) dalam mesin pemerintah. Contohnya, hal ini telah mendorong pemerintah untuk membentuk lembaga menjalankan layanan publik sebagai kepanjangan tangan dari pemerintah pusat (misalnya, pengadilan, penjara dan layanan kesehatan) dengan kebebasan operasional yang lebih besar dan berusaha untuk merampingkan departemen dan pemerintah pusat yang memberikan saran-saran kebijakan.
- Pemisahan 'pembelian' / 'purchase' dari 'persediaan' / 'provision' dalam layanan publik untuk mengontrak layanan dari luar yaitu dari sektor swasta jika hal ini dianggap sebagai superior terhadap *provision* publik, atau penegakan *provider* publik yang bersifat lebih mandiri (misalnya, mengubah rumah sakit NHS di Inggris raya ke dalam '*foundation trusts*' sebagai kepanjangan tangan dari kontrol pemerintah langsung).
- Fokus pada penilaian kinerja dan insentif untuk meningkatkan '*value for money*' dan untuk memastikan bahwa penyampaian layanan sesuai dengan apa yang dimaksudkan oleh pembuat kebijakan.
- Menetapkan standar layanan di mana para penduduk sebagai konsumen dapat berharap menerima layanan.

Ke arah manakah suatu sintesis dari prespektif 'top-down' dan 'bottom-up'?

Sementara para ahli ekonomi cenderung melihat pilihan instrumen kebijakan yang terbaik untuk mengimplementasikan suatu kebijakan sebagai sebuah latihan teknis dan dengan giat merekomendasikan beberapa pendekatan, para ilmuwan politik mempelajari bagaimana perilaku pemerintah dan apa konsekuensinya. Contohnya, Linder dan Peters (1989) mengidentifikasi faktor-faktor berikut yang memainkan peranan penting dalam membentuk pilihan implementasi kebijakan pemerintah:

- *Ciri-ciri dari instrumen kebijakan*- beberapa instrumen secara instrinsik lebih sulit secara teknis dan politis untuk digunakan. Instrumen-instrumen ini berubah-ubah sedikitnya dalam empat dimensi: keintensifan sumber daya; penentuan sasaran; resiko politik; dan tingkat keterdesakkan. Ripley dan Franklin (1982) menyarankan bahwa kebijakan-kebijakan distributif (yaitu, pengalokasian dana publik untuk kelompok-kelompok yang berbeda)

cenderung relatif lebih mudah untuk diimplementasikan; kebijakan dalam pengaturan (misalnya, mengizinkan perawat untuk memberi resep obat yang sebelumnya dibatasi hanya untuk dokter) merupakan tingkat kesulitan yang sedang dalam pengimplementasian; dan kebijakan-kebijakan redistribusi (yaitu, kebijakan-kebijakan yang melibatkan re-alokasi pendapatan atau kesempatan-kesempatan di antara kelompok sosio-ekonomi) adalah sangat sulit untuk mengimplementasikannya karena jelas ada yang kalah dalam kategori yang terakhir dari kebijakan, sebaliknya biaya-biaya dari kategori pertama tersebar melalui populasi yang kurang nyata.

- *Gaya kebijakan dan kultur politik*- di negara yang berbeda dan bidang kebijakan yang berbeda, para partisipan dan publik terbiasa dengan tingkat kontrol pemerintah dan/ atau *provision* yang berbeda-beda. Kebijakan-kebijakan yang berangkat dari tradisi-tradisi ini akan lebih sulit diimplementasikan.
- *Kultur organisasi*- pengalaman yang lalu dan cara dalam mengoperasikan sesuatu dari organisasi yang mengimplementasikan, berkaitan dengan poin 2.
- *Konteks permasalahan*-pemilihan waktu (misalnya kaitannya dengan bagaimana pencapaian ekonomi), berbagai macam aktor yang terlibat, kemungkinan reaksi publik dan lain-lain.
- *Preferensi subjektif dari pembuat keputusan administratif*- berdasarkan pada latar belakang, afiliasi profesional, pelatihan, gaya kognitif dan lain-lain.

Faktor-faktor ini menyoroti dua set variabel umum yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu, tingkat kapasitas pemerintah dan dengan demikian kemampuannya untuk melakukan intervensi, dan kompleksitas dari bidang kebijakan terkait yang akan dipengaruhi. Usaha-usaha untuk rekonsiliasi pendekatan '*top-down*' dan '*bottom-up*' telah terfokus pada saling mempengaruhi antara kedua set variabel. Secara kasar, teori '*top-down*' berfokus pada kapasitas pemerintah, sebaliknya, teori '*bottom-up*' berfokus pada kompleksitas *sub-system* karena teori '*top-down*' menitikberatkan pada bagaimana desain institusional dan kondisi (konteks) sosio-ekonomi membatasi dan membentuk proses implementasi dan teori '*bottom-up*' menitikberatkan pada bagaimana kepercayaan-kepercayaan partisipan, hubungan dan jaringan kerja mereka, dan perubahan dinamik inter-organisasional membentuk dan membatasi implementasi. Upaya - upaya untuk membawa teori - teori dan riset – riset yang berbeda ini dikembangkan oleh Sabatier dkk (Sabatier dan Jenkins-smith, 1993).

Sub-system kebijakan atau kerangka kerja koalisi advokasi

Kerangka kerja Sabatier adalah pendekatan umum untuk memahami proses kebijakan karena pendekatan ini menolak ide yang memisahkan 'implementasi' dari bagian-bagian yang lain sebagai suatu yang tidak realistis dan salah arah. Malahan, perubahan kebijakan dipandang sebagai suatu proses yang berkelanjutan yang berperan serta dalam sub-sistem kebijakan yang terikat oleh batasan-batasan yang relatif stabil dan dibentuk oleh peristiwa-peristiwa eksternal. Dalam sub-sistem (misalnya, kebijakan kesehatan mental), 'komunitas' dari aktor-aktor yang berinteraksi dalam periode waktu yang cukup lama. Para aktor adalah termasuk semua yang memainkan suatu bagian dalam pengembangan, penyebaran informasi dan evaluasi ide kebijakan. Sabatier tidak memasukkan publik dalam beberapa sub-sistem kebijakan karena pada dasarnya masyarakat biasa itu tidak punya waktu atau kurang senang untuk berpartisipasi langsung.

Sejumlah besar aktor dan jaringan kerja dalam setiap sub-sistem diatur ke dalam dan jumlah kecil 'koalisi advokasi', yang berseberangan satu sama lainnya. Masing-masing bersaing untuk mempengaruhi melalui institusi-institusi pemerintah. Sebuah 'koalisi advokasi' adalah sebuah kelompok yang dibedakan oleh suatu perbedaan set dari norma, kepercayaan dan sumber daya, dan dapat termasuk juga politikus, pegawai negeri sipil, anggota organisasi kemasyarakatan sipil, peneliti, jurnalis, dan lainnya. Koalisi advokasi dicirikan oleh ide-ide mereka daripada penggunaan

kekuatan yang terkait pada dirinya sendiri (lihat Bab 9 untuk lebih jelasnya tentang peranan mereka dalam membawakan ide-ide riset untuk dimuat dalam kebijakan). Dalam koalisi advokasi terdapat tingkat kesepakatan yang tinggi tentang posisi dan tujuan dari kebijakan yang fundamental, meskipun mungkin ada perdebatan tentang cara yang tepat untuk mencapai tujuan-tujuan ini (konsep ini mempunyai banyak persamaan dengan konsep dari wacana masyarakat yang didiskusikan dalam Bab sebelumnya. Sabatier menyatakan bahwa norma dan kepercayaan yang fundamental (atau 'inti') dari sebuah koalisi advokasi relatif jarang berubah dan membahas perubahan-perubahan besar dalam lingkungan eksternal seperti pergeseran kondisi makro-ekonomi atau pergantian dari rezim politik. Sebaliknya, perubahan-perubahan kebijakan yang kurang fundamental namun 'normal' terjadi sebagai sebuah hasil dari pembelajaran yang berorientasi kebijakan yang berinteraksi antara koalisi advokasi dalam sub-sistem kebijakan.

Elemen terakhir dalam Model Sabatier adalah untuk mengidentifikasi keberadaan dari 'Broker Kebijakan' atau '*policy brokers*', yaitu aktor yang memperhatikan dalam kompromi antara posisi yang didukung oleh keberagaman koalisi. 'Broker' mungkin mungkin adalah pegawai negeri sipil yang berpengalaman dalam sub-sistem khusus atau badan-badan yang didesain untuk menghasilkan kesepakatan, seperti komite-komite penyelidikan.

Kerja empirik telah menunjukkan bahwa model koalisi advokasi bekerja baik dalam menjelaskan perubahan kebijakan satu dekade dalam sistem politik yang relatif terbuka, terdesentralisasi, federal yang pluralis seperti di Amerika Serikat, tetapi bekerja kurang baik dalam sistem seperti di Inggris yang lebih tertutup dan di mana kurang adanya saling mempengaruhi di antara koalisi advokasi. Model ini juga sedikit sekali digunakan dalam konteks negara-negara yang berpenghasilan rendah di mana pembuat kebijakan bersifat tradisional bahkan lebih tertutup dan *elite*. Melihat kegunaannya dalam sub-sistem kebijakan spesifik, nampaknya sangat cocok dengan sub-sistem seperti kebijakan HIV/AIDS dan aspek-aspek kesehatan publik lainnya di mana pemerintah harus mencoba untuk mencapai kesepakatan di antara koalisi advokasi yang berseberangan, tetapi sejauh ini kurang dapat diterapkan untuk sub-sistem dari kebijakan 'politik yang tinggi' seperti kebijakan pertahanan dan kebijakan luar negeri (misalnya keputusan untuk pergi perang) di mana keputusan kebijakan biasanya dibuat oleh *elite* tertentu yang jumlahnya kecil dan ketat karena kepentingan nasional sebagai kepentingan menyeluruh mungkin dipertaruhkan.

Ada sejumlah pendekatan yang berbeda untuk memahami implementasi yang lebih penting daripada perbedaan antara pendekatan '*top-down*' dan '*bottom-up*'. Melalui konsep 'koalisi advokasi', model Sabatier mempunyai nilai lebih dengan menyoroti kemungkinan bahwa banyaknya konflik yang penting dalam kebijakan melintasi pemisahan simplistik antara pembuat kebijakan dan mereka yang secara formal terbebani untuk mengimplementasikannya.

Apa yang menolong pembuat kebijakan untuk implementasi kebijakan dengan pendekatan-pendekatan yang berbeda?

Kebanyakan diskusi riset dalam Bab ini tidak secara langsung dicurahkan untuk menyediakan nasehat praktis bagi pembuat kebijakan, meskipun beberapa pesan yang sederhana bermunculan. Contohnya, tidak diragukan bahwa kebijakan yang didesain sebagai tambahan (dengan perubahan perilaku yang kecil) yang dapat disampaikan melalui struktur yang sederhana dan melibatkan sedikit aktor dan didukung dari staf garis depan akan lebih memungkinkan untuk berhasil daripada kebijakan-kebijakan yang tidak mempunyai dukungan. Bagaimanapun, hal ini bukanlah suatu bantuan yang besar bagi mereka yang dibebani untuk membawa perubahan kebijakan yang radikal dalam sistem yang kompleks di mana konflik fakta dan opini saling berkaitan.

Grindle dan Thomas (1991) mendorong pembuat kebijakan untuk menganalisis dengan hati-hati sumber daya politik, keuangan, manajerial dan teknis mereka dan lawan mereka, dan merencanakan bagaimana sumber daya tersebut dapat dimobilisasi sebelum membuat keputusan tentang bagaimana menciptakan perubahan. Pesan kunci dari pendekatan ini adalah sebuah pengingat bahwa aspek politik dari sub-sistem kebijakan sama pentingnya dengan aspek kapasitas

pemerintah seperti kualitas saran teknis yang tersedia. Ketika pemerintah kekurangan kapasitas dan sub-sistem bersifat kompleks, melibatkan sejumlah besar aktor *inter-dependent*, saran dalam prespektif ini adalah menggunakan subsidi untuk mendorong bentuk - bentuk perilaku daripada mencoba menyelenggarakan langsung. Contohnya, daripada berusaha untuk mempekerjakan dokter puskesmas, pemerintah mungkin mensubsidi biaya kunjungan pasien ke dokter swasta.

Tabel 7.3 strategi perencanaan dan pengaturan implementasi perubahan

Area atau aspek implementasi	Tipe aksi atau analisis
Analisis makro atas tingkat kemudahan implementasi perubahan kebijakan	Analisis kondisi untuk memfasilitasi perubahan dan, dimana kemungkinan, membuat penyesuaian untuk menyederhanakannya, yaitu, satu agen, tujuan yang jelas, tujuan tunggal, ciri-ciri teknis yang sederhana, perubahan marginal, durasi yang pendek, manfaat yang nyata, biaya yang jelas.
Membuat eksplisit nilai yang mendasari kebijakan	Mengidentifikasi nilai-nilai yang mendasari pengambilan keputusan kebijakan. Jika nilai dari kepentingan-kepentingan kunci berseberangan dengan kebijakan, dukungan harus dimobilisasi dan biaya diminimalkan
Analisis <i>stakeholder</i>	Meninjau kembali kelompok-kelompok terkait (dan individu-individu) yang mungkin atau menolak mendukung perubahan dalam kebijakan tingkat nasional dan institusional; merencanakan bagaimana memobilisasi dukungan dengan membuat konsensus atau memobilisasi koalisi pendukung
Analisis kebutuhan dan ketersediaan sumber daya keuangan, teknik dan manajerial	mempertimbangkan biaya dan manfaat dana dari luar negeri (jika relevan); menilai perilaku – perilaku yang cenderung <i>self interest</i> dalam sistem ini; meninjau kembali insentif dan sanksi untuk merubah perilaku; meninjau kembali kebutuhan akan pelatihan, sistem informasi baru atau dukungan lainnya untuk perubahan kebijakan.
Membangun proses implementasi yang strategis	Melibatkan perencana dan manager dalam analisis tentang bagaimana melaksanakan kebijakan; mengidentifikasi jaringan pendukung dari perubahan kebijakan termasuk 'jawara - jawaranya'; mengelola ketidakpastian; memperkenalkan kesadaran publik; mengadakan mekanisme institusi untuk konsultasi, monitoring dan 'penyampaian' dari kebijakan

Sumber: diadaptasi dari walt (1998)

Dengan kisaran kerangka – kerangka kerja untuk menganalisis implementasi kebijakan, masing-masing kerangka menawarkan sesuatu yang bermanfaat, Elmore (1985) menyatakan bahwa pembuat kebijakan yang bijaksana seharusnya menggunakan berbagai pendekatan untuk menganalisis situasi secara bersamaan, baik '*bottom-up* maupun '*top-down*'. Keterampilan kunci adalah kemampuan untuk memetakan partisipan ('*stakeholder*' dalam jargon modernnya), situasi mereka, prespektif mereka, nilai-nilai mereka, strategi mereka, hasil-hasil yang dikehendaki oleh mereka dan kemampuan mereka untuk menunda, menghalangi, membalikkan atau membantu implementasi kebijakan (lihat Bab 10 untuk lebih jelasnya).

Sebagai sebuah generalisasi yang luas, dalam berbagai macam sub-sistem kebijakan kesehatan, kebanyakan pemerintah bersifat ambisius (mereka ingin membuat dampak yang signifikan), tetapi sub-sistem yang ada bersifat kompleks dan pemerintah mempunyai kapasitas terbatas dalam mengontrol secara langsung atas banyak aktor kunci, contohnya, mereka sangat tergantung pada berbagai organisasi profesi yang sangat berpengaruh. Hal ini menunjukkan bahwa persuasi dan tawar-menawar akan sering menjadi sebuah bagian penting dalam strategi implementasi. Untuk mensintesis saran-saran ini, Walt (1998) menyusun sebuah strategi perencanaan dan pengelolaan implementasi perubahan dalam sektor kesehatan yang diringkas dalam tabel 7.3.

Ringkasan

Implementasi tidak dapat dipandang sebagai bagian terpisah dari proses kebijakan di mana perdebatan dan keputusan politik dilakukan di antara para politikus dan pegawai negeri sipil, dan manajer dan administrator pada tingkat yang lebih rendah yang mengimplementasikan keputusan-keputusan ini. Proses kebijakan ini paling baik dipandang sebagai proses yang sangat kompleks dan interaktif, di mana berbagai macam aktor mempengaruhi arah perjalanan kebijakan dan juga cara kebijakan-kebijakan dilaksanakan, dalam batasan-batasan dari institusi-institusi yang ada. Implementasi merupakan proses politik yang dibentuk oleh kapasitas pemerintah dan kompleksitas sistem. Pengalaman menunjukkan bahwa input dari ilmu-ilmu sosial mengenai hubungan saling mempengaruhi antara aktor (agen) dan institusi (struktur) masih belum diintegrasikan secara baik dalam rencana-rencana implementasi kebijakan.

Untuk menghindari *gap* antara harapan dan realitas, pembuat kebijakan seharusnya mengembangkan sebuah strategi implementasi yang secara eksplisit mempertimbangkan aspek keuangan, manajerial dan teknis dari (kapasitas) kebijakan dan mengantisipasi adanya perlawanan dan dukungan dari semua aktor dalam subsistem di dalam dan di luar pemerintah.

Referensi

- Bossert T, Bona Chita M dan Bowser D (2003). Decentralization in Zambia: resource allocation and district performance. *Health Policy and Planning* 18: 357-69
- De Leon P (1999). Forward and backward mapping. In Hanf K dan Toonen T (eds) *Policy Implementation in Federal and Unitary System*. Dordrecht: Martinus Nijhoff
- Grindle M dan Thomas J (1991). *Public Choice and Policy Change*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Hogwood B dan Gunn L (1984). *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press
- Howlett M dan Ramesh M (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press
- Linder SH dan Peters BG (1989). Instruments of government: perception and contexts. *Journal of Public Policy* 9: 35-58
- Lipsky M (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation
- Osborne DE dan Gaebler TA (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Pressman JL dan Wildavsky A (1984). *Implementation*. 3rd edn. Berkeley, CA: University of California Press
- Ripley R dan Franklin G (1982). *Bureaucracy and Policy Implementation*. Homewood, IL: Dorsey
- Sabatier PA (1986). Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy* 6: 21-48
- Sabatier PA dan Jenkins-Smith HC (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, CO: Westview Press
- Sabatier PA dan Mazmanian DA (1979). The condition of effective implementations: a guide to accomplishing policy objectives. *Policy Analysis* 5: 481-504

- Walker L dan Gilson L (2004). 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine* 59: 1251-61
- Walt G (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg and London University of the Witswatersrand Press and Zed Books
- Walt G (1998). Implementating health care reform: a framework for discussion. In Saltman RB, Figueras J dan Sakellarides C (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, pp. 365-84
- Wetherley R dan Lipsky M (1977). Street-level bureaucrats and institutional innovation implementing special education reform. *Harvard Educational Review* 47: 171-97

Chapter 8

Globalisasi proses pembuatan kebijakan

Gambaran Umum

Dalam Bab ini pembaca akan mempelajari tentang dimensi – dimensi global dari proses pembuatan kebijakan bidang kesehatan. Pertama pembaca akan mengetahui mengapa globalisasi telah meningkatkan kebutuhan bagi para penentu kebijakan nasional dan yang setingkat dengannya untuk bekerja sama secara internasional, kemudian mengidentifikasi pelaku yang berusaha mengembangkan kebijakan-kebijakan dalam bidang kesehatan di tingkat global dan mereka yang bertindak secara internasional untuk mempengaruhi kebijakan di tingkat global maupun yang beroperasi di tingkat internasional untuk mempengaruhi kebijakan kesehatan di tingkat nasional dan akhirnya menentukan transfer kebijakan antara tingkat global dan nasional.

Tujuan

Setelah mempelajari bab ini, pembaca akan mampu untuk:

- menjelaskan arti globalisasi
- mengapresiasi pengaruh globalisasi terhadap kebijakan bidang kesehatan
- memahami alasan mengapa berbagai negara saling bekerja sama untuk mengatasi masalah kesehatan dan mengapa kerjasama dengan pelaku swasta makin meningkat
- menentukan sejumlah pelaku yang bertindak secara global dalam pembuatan kebijakan bidang kesehatan

Istilah

Global civil society (Masyarakat madani global): merupakan Kelompok masyarakat madani yang memiliki tujuan, cara berkomunikasi dan berorganisasi secara global

Global public good (Komoditas publik global) merupakan komoditas yang kekurangan pasokan di pasar, diproduksi secara kurang efisien oleh satu negara, dan yang memiliki manfaat secara universal

Globalization (Globalisasi) merupakan Rangkaian proses yang meningkatkan saling keterkaitan dan ketergantungan antar negara dan antar manusia

Pendahuluan

Buku ini telah membahas tentang pembuatan kebijakan di tingkat nasional, meskipun sejumlah faktor kontekstual yang disoroti dalam Bab I adalah hal-hal yang digambarkan bersifat “internasional” atau “global”. Faktor-faktor internasional dianggap sebagai sesuatu yang “*exogenous*” terhadap pembuatan kebijakan domestik. Dengan makin intensifnya integrasi global, maka faktor-faktor global ini makin memainkan peranan penting dalam pembuatan kebijakan tingkat nasional.

Hanya sejumlah kecil negara atau kebijakan bidang kesehatan yang tidak terkena pengaruh global. Pembaca telah melihat bahwa kebijakan di bidang kesehatan, di negara berpendapatan tinggi sekalipun, mendapat tekanan dari perusahaan-perusahaan transnasional, misalnya, dalam masalah perokok pasif. Kebijakan tingkat nasional juga menjadi sasaran aturan-aturan perdagangan internasional, misalnya, Pemerintah Kanada menentang larangan Prancis terhadap import *asbestos* dari Kanada dengan alasan kesehatan. Negara-negara berpenghasilan tinggi secara sukarela juga mengadopsi kebijakan-kebijakan yang dapat mengkoordinasikan tindakan untuk mengatasi ancaman kesehatan global, misalnya kontrol perbatasan untuk memerangi penyakit menular, seperti *Severe Acute Respiratory Syndrome*. Demikian pula, dan mungkin dalam tingkat yang lebih luas, kebijakan kesehatan di negara berpenghasilan rendah menjadi sasaran kekuatan eksternal. Kebijakan bisa

diatur oleh organisasi donor bagi kementerian kesehatan dengan imbalan berupa akses pinjaman. Kebijakan bisa pula diterapkan sebagai respons terhadap tekanan dari gerakan sosial global, misalnya, keputusan pemerintah Afrika Selatan untuk memberikan perawatan bagi orang yang terinfeksi HIV. Selain itu, implementasi kebijakan-kebijakan, misalnya program imunisasi bagi anak-anak, bisa tergantung pada dukungan dari kemitraan global antara pihak publik dengan swasta misalnya *Global Alliances for Vaccines and Immunizations*. Meskipun kebijakan nasional sejak awal selalu menjadi sasaran pengaruh eksternal, globalisasi semakin meningkatkan dan menggandakannya.

Bagi para analis kebijakan kesehatan, pertanyaan kuncinya terkait dengan bagaimana globalisasi mempengaruhi pengambilan kebijakan. Hal ini bisa dirinci menjadi tiga masalah. Pertama, bagaimana interaksi global memudahkan transfer kebijakan antar negara dan antar organisasi? Kedua, siapa yang mempengaruhi terjadinya transfer kebijakan? Ketiga, bagaimana globalisasi telah membentuk isi kebijakan kesehatan? Bab ini akan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut – tetapi untuk melakukannya pembaca harus terlebih dahulu memiliki latar belakang pengetahuan mengenai globalisasi dan tinjauan mengenai bagaimana pemerintah telah terbiasa bekerja sama dalam bidang kesehatan.

Globalisasi

Istilah globalisasi memiliki arti luas dan digunakan dalam banyak hal yang berbeda. Berbagai pertentangan pendapat muncul mengenai baik tidaknya globalisasi dan, karena istilah itu digunakan dengan cara-cara yang berbeda, beberapa pihak mempertentangkan keberadaan fenomena tersebut. Pembaca dapat melihat perbedaan diantara lima cara penggunaan istilah globalisasi. Pertama, globalisasi dikaitkan dengan peningkatan volume, intensitas dan keleluasaan pergerakan barang, manusia, ide, keuangan, dan penyakit menular lintas negara (internasionalisasi). Kedua, globalisasi kadang kala merujuk pada penghilangan batasan-batasan perdagangan yang membuat pergerakan secara lebih luas bisa dilakukan (liberalisasi). Sebagai alternatif, beberapa pendapat mengaitkan globalisasi dengan gejala menuju homogenisasi budaya (universalisasi) atau pemusatan nilai-nilai dan kebijakan-kebijakan negara Barat, modern dan terutama dari Amerika Serikat (McDonaldisasi). Meskipun beberapa pendapat mempertanyakan apakah kecenderungan ini merupakan hal baru atau belum pernah terjadi sebelumnya, sebagian besar setuju bahwa hal tersebut terjadi pada skala yang lebih besar dan dengan intensitas yang lebih besar daripada sebelumnya. Akibatnya terjadi peningkatan saling ketergantungan antar negara.

Jan Scholte (2000) berpendapat bahwa hal baru terkait dunia saat ini adalah terjadinya rekonfigurasi “ruang sosial” dan terutama munculnya wilayah “suprateritorial” atau “transdunia”. Meskipun “teritori” (desa dan negara) tetap penting bagi manusia dan pembuat kebijakan, yang telah berubah adalah bahwa manusia dan organisasi memiliki hubungan yang meningkat terhadap pihak lain dengan cara yang melampaui batas-batas kewilayahan. Misalnya, orang bisa memiliki loyalitas, identitas, dan ketertarikan yang melampaui kesetiaan terhadap negara-bangsa (*nation-state*), terkait dengan nilai-nilai, agama, etnis atau bahkan identitas seksual. Terlebih lagi, teknologi semakin mempersingkat baik waktu maupun ruang. Orang dan barang tidak hanya melakukan perjalanan yang makin jauh, makin cepat dan makin sering, kadang mereka melakukannya tanpa mempedulikan batasan teritorial. Masalah bisa muncul dimana pun dan kapan pun. Misalnya, virus dapat menginfeksi jutaan komputer secara simultan dimanapun lokasinya berada. Jutaan transaksi keuangan dilakukan di “dunia maya” setiap hari. Contoh-contoh ini menggambarkan dimensi khusus dari globalisasi yang merupakan hal baru.

Globalisasi dianggap memiliki dimensi *spatial* atau ruang, temporal dan kognitif (Lee dkk, 2002). Dimensi ruang sebelumnya telah disinggung (kita makin “menaklukkan” jarak) demikian pula dimensi temporal (dunia makin cepat). Elemen kognitif berhubungan dengan proses berpikir yang membentuk persepsi tentang kejadian atau fenomena. Penyebaran teknologi komunikasi mempengaruhi bagaimana ide, nilai, keyakinan, identitas dan bahkan kepentingan diproduksi dan

direproduksi. Bagi sebagian orang, globalisasi menghasilkan suatu desa global tempat semua penduduknya berbagi aspirasi dan kepentingan sedangkan sebagian lain melihat nilai-nilai kebarat-baratan, terutama konsumerisme dan individualisme, mulai mendominasi.

Kegiatan 8.1

Berikan contoh lima arti globalisasi!

Feedback

- internasionalisasi – semakin banyak orang yang terbang mengelilingi dunia; buah - buahan “musiman” bisa diperoleh sepanjang tahun
- liberalisasi – penghapusan proteksi terhadap produksi rokok lokal
- universalisasi – beberapa toko dan merk dagang digunakan di seluruh dunia atau kata yang sama dipergunakan di seluruh dunia (internet, STOP)
- McDonaldisasi – Starbucks di Beijing dan Burma
- Superteritorialitas – membeli tiket pesawat melalui internet dari negara dunia ketiga.

Untuk mengapresiasi secara penuh implikasi globalisasi terhadap kebijakan bidang kesehatan, diperlukan pemahaman tentang cara-cara globalisasi menimbulkan dampak bagi kesehatan.

Globalisasi dan kesehatan

Dampak globalisasi terhadap kesehatan terbukti jelas dalam masalah penyakit menular. Sekarang bibit penyakit bisa menyebar ke berbagai wilayah di dunia dalam waktu kurang dari 24 jam. Wabah SARS tahun 2003 menyebar dengan cepat dari Cina ke negara-negara tetangga hingga ke Kanada. Virus tidak hanya menyebabkan sakit dan kematian tapi juga diperkirakan merugikan ekonomi Asia sebesar US\$ 30 miliar dan ekonomi Toronto US\$ 30 juta per hari pada saat puncak kejadian. Di tahun 1990, sebuah kapal yang membuang isi lambung di pelabuhan Peruvia menyebarkan kolera di seluruh wilayah Amerika Latin mengakibatkan kematian sebanyak 4.000 orang dan menginfeksi 400.000 orang ditahun pertama serta menimbulkan kerugian besar dalam bidang perdagangan dan pariwisata. Ini merupakan wabah kolera ketujuh yang menyebar jauh lebih cepat dari wabah-wabah sebelumnya. Di tahun 2003 dan 2004, polio menyebar dari Nigeria ke 12 negara bebas Polio di wilayah Afrika Tengah, Afrika Barat dan Selatan. Wabah ini menunjukkan bahwa jika epidemi tidak terdeteksi atau ditanggulangi oleh sistem kesehatan nasional, penyakit tersebut akan dapat dengan cepat menjadi ancaman kesehatan di belahan dunia yang lain akibat globalisasi.

Tidak hanya penyakit menular yang terkena imbas globalisasi. Produksi, distribusi dan pemasaran makanan secara global, misalnya, membawa resiko kesehatan terkait dengan makanan yang kurang sehat. Perilaku bisa pula terpengaruh oleh globalisasi dalam kaitannya dengan kecelakaan lalu lintas, *sedentarisme*, merokok, alkohol, perdagangan seks, dll. Globalisasi dapat pula mempengaruhi kemampuan sistem pelayanan kesehatan dalam menghadapi ancaman kesehatan. Salah satu contoh penting adalah masalah tenaga kesehatan. Negara berpenghasilan tinggi yang tidak dapat memenuhi kebutuhan domestik cenderung merekrut tenaga kesehatan dari negara miskin. Filipina dan India telah menanggapi kebutuhan global ini dengan cara melatih tenaga kesehatannya untuk dikirim ke luar negeri. Negara lain seperti Afrika Selatan dan Nigeria, karena kelalaiannya telah kehilangan banyak tenaga kesehatan sebab mereka tidak mampu menahan staf kesehatan yang dimilikinya akibat kondisi tempat bekerja yang kurang layak. Sebagai dampak arus perpindahan tenaga kesehatan global, lebih dari 50 negara mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang berakibat layanan kesehatan penting, misalnya *emergency obstetric*, tidak tersedia.

Kegiatan 8.2

Sebagian besar masalah kesehatan terpengaruh dengan berbagai cara, baik positif maupun negatif, oleh kekuatan yang terkait dengan globalisasi. Pilih masalah kesehatan yang cukup pembaca ketahui dan lakukan identifikasi dimensi transnasional dari faktor penentu permasalahan yang ada.

Feedback

Pertama pembaca harus bisa mengidentifikasi faktor penentu masalah kesehatan. Selanjutnya, pembaca harus berpikir tentang bagaimana globalisasi (dalam berbagai kedoknya) telah berdampak pada faktor tersebut. Ambil contoh, misalnya, terjadinya infeksi penyakit menular seksual (IMS) /*sexually transmitted infections* (STIs) di Bangladesh. Kemungkinan, faktor penentu paling penting adalah posisi wanita, akses terhadap perawatan bagi pasien terinfeksi, dan mobilitas manusia. Globalisasi sangat mungkin berdampak pada setiap faktor itu dengan berbagai cara. Misalnya, liberalisasi perdagangan dan faktor lain telah mengakibatkan terjadinya pergerakan pekerja dalam jumlah besar ke dan dari negara Teluk maupun munculnya rute distribusi darat dengan truk yang melewati India, Bangladesh, Nepal dan Birma. Ini menimbulkan terjadinya ledakan industri seks dengan konsekuensi tingginya tingkat IMS. Liberalisasi perdagangan dan peningkatan investasi asing menyebabkan perkembangan industri pakaian jadi di wilayah perkotaan yang sebagian besar mempekerjakan wanita. Hal ini telah meningkatkan posisi tawar wanita secara umum dan mungkin berkaitan dengan hubungan seksual yang dapat memperlambat penyebaran IMS.

Penting untuk dipertimbangkan bahwa negara, manusia dan masalah terintegrasi secara berbeda. Beberapa negara di wilayah Sub Sahara Afrika tidak terlalu terintegrasi dengan ekonomi global, misalnya, seperti India dan Cina. Namun demikian, sebagai hasil dari globalisasi, sebagian besar negara tidak akan mampu mengontrol secara langsung semua faktor penentu terjadinya gangguan kesehatan dan oleh karenanya harus bekerja sama dengan pelaku lain di luar wilayah mereka untuk melindungi rakyatnya.

Kerja sama tradisional antar negara dalam bidang kesehatan

Negara selalu mewaspadaai penyebaran penyakit ke dalam wilayahnya. Misalnya, pada abad 14, Venesia memaksa untuk melakukan karantina terhadap kapal-kapal yang dicurigai membawa tikus yang terinfeksi penyakit menular. Tindakan tersebut kemudian dilakukan pula oleh pelabuhan di tempat lain. Inisiatif ini menjadi awal mula munculnya perjanjian internasional di abad 19 yang bertujuan untuk mengontrol penyebaran penyakit melalui pembatasan perdagangan. Hal ini pada akhirnya menghasilkan aturan internasional yang disebut *International Health Regulations* (IHR)/Aturan-aturan Kesehatan Internasional yang diterima oleh seluruh anggota WHO di tahun 1969. Regulasi tersebut memuat norma-norma, standar dan tindakan terbaik untuk mencegah penyebaran penyakit secara internasional tetapi yang tak kalah penting menuntut setiap negara untuk melaporkan terjadinya penyakit menular. Regulasi itu memberikan gambaran mengenai bagaimana negara-negara telah bekerja sama untuk mengatasi masalah bersama. Namun IHR juga menggambarkan adanya keterbatasan dari kerja sama semacam itu. Khususnya, meski negara berkewajiban melapor ke WHO, banyak yang tidak melakukannya, dan WHO tidak dapat melakukan apa pun terkait ketidaktaatan tersebut.

Negara bisa bekerja sama dengan banyak cara, baik formal maupun informal. Pembaca akan mempelajari tentang pengaturan formal yang telah ditetapkan untuk memudahkan kerja sama, khususnya yang terfokus pada organisasi multilateral.

Perserikatan Bangsa-Bangsa

Sistem PBB dibentuk di akhir perang dunia II untuk menjaga perdamaian dan keamanan serta untuk menyelamatkan generasi selanjutnya dari derita perang. Dalam jantung sistem tersebut berlaku kekuasaan negara-bangsa/*nation-state* yang dapat menjadi anggota dalam berbagai organisasi milik PBB (seperti WHO, UNICEF). Organisasi-organisasi tersebut dibentuk untuk

mendorong pertukaran dan kontak antar negara anggota dan saling bekerja sama dalam menyelesaikan masalah bersama. Negara-negara anggota menentukan kebijakan organisasi dengan sedikit interaksi dengan badan-badan nonpemerintahan. Pemerintah dalam sistem PBB, khususnya negara berpenghasilan tinggi, dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan internasional. Namun, sebagaimana pembaca akan lihat, organisasi PBB juga, dalam derajat yang berbeda, mampu mempengaruhi kebijakan nasional.

WHO dibentuk pada tahun 1948 sebagai badan khusus bidang kesehatan dengan mandat untuk memimpin dan mengkoordinasi kegiatan internasional bidang kesehatan. Saat ini, sebagian besar negara-bangsa (192 negara) menjadi anggota WHO dan “status keanggotaan tidak penuh” diberikan kepada 103 LSM yang memiliki “hubungan resmi” untuk berpartisipasi dalam menjalankan organisasi. WHO diatur melalui Majelis Kesehatan Dunia/*World Health Assembly* (WHA). WHA terdiri dari wakil negara-negara anggota, biasanya Menteri Kesehatan, yang bertemu setahun sekali untuk memberikan persetujuan terhadap program-program dan neraca keuangan organisasi serta menentukan kebijakan kesehatan internasional. Konstitusi WHO memberi mandat kepada WHA berupa kewenangan “untuk mengadopsi konvensi atau persetujuan dengan mempertimbangkan kompetensi Organisasi”. Keputusan dibuat berdasar pada satu suara untuk satu anggota dan mengikat seluruh anggota kecuali menyatakan untuk tidak menggunakannya secara tertulis. Namun konstitusi tidak memuat sanksi bagi yang tidak mematuhi peraturan. Dalam praktek, sebagian besar keputusan dinyatakan sebagai rekomendasi tidak mengikat, khususnya, sebagai pedoman teknis, dimana negara boleh mengadopsi atau tidak tergantung pada relevansi dan kebijakan nasionalnya.

WHA memiliki dewan penasihat berupa Dewan Eksekutif yang memudahkan pekerjaan Majelis dan memberi pengaruh dalam keputusan dan kebijakan yang dibuatnya. Sekretariat dipimpin oleh seorang Direktur Jendral yang dipilih, didukung oleh 3.500 ahli dan staf pendukung di markas besarnya di Jenewa, memiliki 6 kantor regional dan kantor-kantor di berbagai negara. Secara kolektif, mereka berusaha menjalankan fungsi berikut (WHO 2003).

- Artikulasi kebijakan and posisi advokasi secara konsisten, etis dan berdasar bukti.
- Mengelola informasi dengan mengkaji perkembangan – perkembangan dan membandingkan kinerja, menentukan agenda, dan menstimulasi riset dan pengembangan.
- Menjadi katalis perubahan melalui dukungan teknis dan kebijakan, dengan cara-cara yang mendorong kerja sama dan tindakan serta membantu untuk membangun kemampuan nasional dan antar negara secara berkelanjutan.
- Melakukan negosiasi dan menjaga kemitraan nasional dan global.
- Melakukan penetapan, validasi, pengawasan dan implementasi yang tepat mengenai norma dan standar.
- Mendorong perkembangan dan pengujian teknologi baru, perangkat dan pedoman pengendalian penyakit, penurunan resiko, dan manajemen penyelenggaraan pelayanan kesehatan

Di antara fungsi-fungsi tersebut, WHO sangat dihargai dalam hal norma dan standar teknis yang dikembangkan oleh jaringan ahlinya yang sangat luas dan saran-saran teknisnya kepada negara anggota. Meski WHO memberi dasar teknis bagi kebijakan kesehatan di seluruh dunia, ia tidak memiliki kemampuan untuk “memaksakan” kebijakan tersebut terhadap pemerintahan suatu negara – pengaruhnya terbatas pada kewenangan teknis saja.

Organisasi lain di PBB juga memiliki tanggung jawab dalam bidang kesehatan. Organisasi tersebut antara lain World bank, *United Nations Children’s Fund* (UNICEF), *UN Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), *UN Development Programme*, *Food and Agriculture Organization* (FAO), *World Food Programmed* dan *UN Fund for Drug Abuse and Control*. Tidak mengejutkan bahwa ketika organisasi-organisasi ini semakin dewasa dan bertambah besar, mereka mulai tidak hanya melayani

kebutuhan anggotanya (misalnya menyediakan sarana untuk saling berbagi informasi dan kolaborasi) tetapi juga mengejar kepentingan organisasinya sendiri dalam perdebatan kebijakan di tingkat nasional maupun internasional. Dalam proses ini, organisasi PBB menjadi pelaku-pelaku terpisah; seringkali mereka saling bersaing dan mengejar pilihan-pilihan alternatif dalam kebijakan kesehatan yang berbeda. Misalnya, tahun 1980 ditandai oleh adanya konflik antara WHO dengan UNICEF mengenai interpretasi kebijakan pelayanan kesehatan primer. WHO berpendapat bahwa pendekatan multi sektoral dan preventif untuk meningkatkan kualitas dan sanitasi, melek huruf, gizi dan didasarkan pada partisipasi masyarakat diperlukan untuk meningkatkan kesehatan di negara-negara miskin. Sebaliknya, UNICEF menekankan fokus kegiatannya pada intervensi kesehatan bidang tertentu yang telah terbukti hemat dan mengimplementasikannya melalui program-program vertikal (misalnya imunisasi anak-anak). Meskipun pertentangan ini hanya singkat, kejadian tersebut menunjukkan adanya perbedaan antar organisasi mengenai kebijakan yang mereka ajukan kepada negara-negara anggota.

Organisasi PBB lain yang memiliki pengaruh penting dalam kebijakan kesehatan adalah World bank. Bank ini mendapat mandat menyediakan modal keuangan untuk membantu rekonstruksi dan pembangunan negara-negara anggota. Tidak seperti organisasi lain dalam PBB yang mengambil keputusan berdasar pada asas satu negara satu suara, hak memilih dalam World bank ditentukan berdasar besarnya modal yang disetor oleh anggota. Akibatnya, bank ini sering dianggap sebagai alat bagi negara berpenghasilan tinggi. Bank masuk ke ranah kesehatan melalui pinjaman bagi program kependudukan di tahun 1960an, mulai memberikan pinjaman dalam bidang kesehatan di akhir tahun 1980an yang mengarahkan kebijakan kesehatan internasional agar terfokus pada reformasi keuangan. Di akhir abad 20, program tersebut menjadi sumber pembiayaan eksternal terbesar bagi pembangunan kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pengaruh organisasi ini tidak hanya berasal dari pinjaman yang diberikan tetapi juga dari netralitas dan kewenangannya dalam melakukan analisis ekonomi; serta hubungannya dengan kementerian-kementerian keuangan yang kuat dari negara pemberi pinjaman. Akibatnya, penerimaan syarat-syarat kebijakan yang berhubungan dengan pinjaman sektor kesehatan (yang mungkin mendapat penolakan dari pejabat kesehatan setempat) dapat dikaitkan dengan dukungan Bank untuk proyek-proyek bidang energi atau sektor industri yang menjadi perhatian menteri lain. Meskipun berbagai kebijakan World bank ditentang, sebagian besar negara pendonor, industri dan pemerintahan secara umum mendukungnya.

Organisasi Perdagangan Dunia (WTO)

Penambahan terpenting pada arsitektur organisasi internasional terjadi pada tahun 1995 dengan didirikannya *World Trade organization* (WTO) atau Organisasi Perdagangan Dunia. WTO mengelola dan menegakkan serangkaian persetujuan perdagangan internasional – dengan tujuan memudahkan perdagangan. Aturan-aturan mendasar dalam perdagangan ini dapat berdampak pada bidang kesehatan secara langsung melalui akses terhadap obat, perdagangan pelayanan kesehatan atau arus perpindahan tenaga kesehatan, dan secara tidak langsung melalui paparan terhadap konsumsi dan resiko lingkungan yang muncul akibat perdagangan. Kebijakan-kebijakan domestik yang berkaitan dengan masalah ini menjadi makin mendesak sebagai hasil dari persetujuan WTO karena, dengan bergabung dalam organisasi ini, negara-negara berkomitmen (tanpa bisa membatalkan) untuk mengubah kebijakan dan undang-undang mereka agar sesuai dengan prinsip-prinsip dan prosedur yang ditetapkan dalam seluruh persetujuan WTO.

Badan Peninjau Kebijakan Perdagangan WTO melakukan survei secara periodik terhadap kebijakan pemerintah negara anggota untuk memastikan bahwa mereka konsisten dengan aturan WTO. Pelanggaran yang terjadi bisa juga dilaporkan oleh negara anggota WTO yang lain. Panel beranggota para ahli meninjau laporan pelanggaran tersebut dan memberikan keputusan, termasuk ada tidaknya kebutuhan untuk mengamandemen undang-undang agar sesuai dengan aturan WTO, yang bersifat mengikat bagi negara-negara anggota.

Sejumlah perjanjian WTO memiliki implikasi dalam kebijakan bidang kesehatan. TRIPS, atau *Agreement on Trade Related Intellectual Property Rights* (Perjanjian Perdagangan Terkait Hak atas Kekayaan Intelektual) memiliki profil tertinggi diantara perjanjian-perjanjian dalam lingkaran kebijakan kesehatan internasional karena dampaknya dalam kebijakan-kebijakan yang terkait dengan produksi dan perdagangan obat generik. Namun perjanjian-perjanjian seperti *Agreement on Technical Barriers to Trade* (Perjanjian tentang Hambatan Teknis dalam Perdagangan), *Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures* (Perjanjian tentang Penerapan Ukuran-ukuran Sanitasi dan Fitosanitasi), *General Agreement on Trade in Services* (Perjanjian Umum bidang Perdagangan Jasa) seluruhnya harus berhadapan dengan kebijakan-kebijakan bidang kesehatan di negara-negara anggota karena pemerintah khawatir bahwa mereka lebih melindungi industri domestik daripada melindungi kesehatan.

Kerja Sama Bilateral

Hubungan bilateral (yaitu antar pemerintah) termasuk kerja sama dan asistensi, telah ada sejak munculnya istilah negara-bangsa/*nation-state*. Organisasi bilateral antara lain *United States Agency for International Development* (USAID), *UK Department for International Development* (DfID), *Swedish International Development Agency* (SIDA), memainkan peranan di tingkat internasional, regional dan nasional. Mereka sering menjadi penyandang dana utama bagi program-program kesehatan di negara berpenghasilan rendah dan program-program kesehatan di organisasi-organisasi PBB. Kerja sama bilateral sering melibatkan dimensi politik dan organisasi tersebut bisa menggunakan dukungan mereka untuk mengejar sejumlah tujuan (baik diplomatik, komersial, strategis) dalam sistem PBB dan negara penerima pinjaman. Misalnya, dukungan bilateral dari Inggris cenderung diberikan ke negara-negara bekas jajahan Inggris; sedangkan sebagian besar bantuan bilateral Amerika Serikat diberikan bagi Israel dan Mesir, dan bantuan Jepang untuk negara-negara Asia Tenggara.

Kegiatan 8.3.

Buatlah daftar lima hingga tujuh contoh organisasi multilateral dan bilateral yang ada di negara pembaca.

Feedback

Daftar yang pembaca buat jelas tergantung pada negara yang pembaca pilih tetapi kemungkinan besar termasuk beberapa organisasi PBB yang telah dibahas di atas.

Pembaca telah mempelajari bahwa negara-negara memiliki sejarah panjang kerja sama dalam bidang kesehatan dan bahwa mereka telah membentuk sejumlah institusi hingga saat ini. Dorongan untuk kerja sama semacam itu bermacam-macam. Beberapa negara telah membentuk kelompok untuk memproduksi barang kebutuhan global; barang yang tidak akan diproduksi di pasaran dan pemerintah tidak akan dapat memproduksinya sendiri secara efisien tetapi memiliki manfaat universal (misalnya pemberantasan polio, mengembangkan vaksin AIDS, riset masalah kesehatan masyarakat). Kadang kala, kerjasama lebih bersifat pemberian bantuan – mungkin karena keterbatasan atau kekurangan sumber daya di negara lain (misalnya perjanjian kemanusiaan atau kerjasama pengembangan). Kerjasama juga muncul atas alasan penerangan atau kepentingan semata (misalnya pengawasan di negara berpenghasilan rendah untuk mengurangi ancaman bioterrorisme di negara berpenghasilan tinggi). Kadang-kadang, ‘kerjasama’ yang menghasilkan perubahan kebijakan dicapai akibat ancaman atau kekerasan, misalnya selama kampanye ‘pembersihan’ untuk mencapai cakupan imunisasi universal atau hasil sanksi perdagangan yang dipaksakan melalui rezim WTO. Apapun pendorong untuk interaksi yang terjadi, proses-proses pembuatan kebijakan domestik tidak terlindungi dari proses-proses internasional; pelaku-pelaku internasional sering terlibat secara aktif dalam pembuatan kebijakan nasional.

Kerjasama modern dalam kesehatan global

Sejauh ini, kolaborasi telah dibahas dalam konteks interaksi formal antar negara dan antara negara dengan sistem internasional. Namun, dua dari berbagai ciri tatanan kesehatan global kontemporer adalah munculnya banyak pelaku non-negara dan munculnya kebijakan melalui mekanisme informal. Kedua perkembangan ini akan dibahas di sini.

Penekanan khusus diletakkan pada masyarakat sipil global, perusahaan transnasional dan kemitraan publik dengan pihak swasta secara global. Tujuannya adalah untuk menunjukkan bahwa pelaku-pelaku ini secara aktif berpartisipasi dalam proses-proses pengambilan kebijakan kesehatan internasional maupun tingkat nasional.

Masyarakat sipil global

Selama 50 tahun terakhir telah terjadi perkembangan kelompok-kelompok masyarakat sipil global secara spektakuler; dari jumlah 1.117 asosiasi internasional yang terdaftar dalam *Union of International Association* (Persatuan Asosiasi Internasional) di tahun 1956 menjadi lebih dari 16.500 ditahun 1998 (UIA 1998). Lester Salamon (1994) menyatakan bahwa “revolusi asosiasi” sedang terjadi yang akan “sama pentingnya di abad 20 dengan munculnya negara bangsa di akhir abad 19”.

Masyarakat madani global mencakup serangkaian pelaku yang membidik target berbagai macam permasalahan. Misalnya, ada organisasi masyarakat madani global yang aktif dalam bidang:

- kesehatan reproduksi – misalnya *International Women’s Health Coalition* (Koalisi Kesehatan Wanita Internasional)
- persetujuan perdagangan – misalnya *Health Action International* (Gerakan Kesehatan Internasional) (merupakan koalisi dari 150 LSM dari 70 negara)
- hak-hak bagi penderita AIDS – misalnya, *International Community of Women Living with HIV/AIDS* yang menyatakan mewakili 19 juta wanita positif HIV
- standar etika dalam bantuan kemanusiaan – misalnya *the SPHERE project*
- ranjau darat – misalnya, *International Campaign to Ban Landmines* (Kampanye Internasional Pelarangan Ranjau Darat) yang dikoordinir oleh sebuah komite beranggota 13 organisasi tetapi melibatkan lebih dari 1.300 kelompok dari lebih dari 90 negara.

Masyarakat madani global membentuk kesatuan yang heterogen, dari sekedar sekelompok orang yang saling terhubung melalui internet untuk mengkomunikasikan visi yang sama melampaui batas-batas negara hingga organisasi yang memiliki aset politik dalam jumlah besar. Salah satu organisasi masyarakat sipil telah jauh melebihi World bank dalam berbagai hal terkait perannya sebagai pusat kesehatan global. Yayasan Bill dan Mellinda Gates (*the Bill and Mellinda Gates Foundation*) dibentuk tahun 2000 dan sekarang menjadi pelaku sentral dalam kegiatan kesehatan global. Yayasan tersebut, dengan sumbangan lebih dari US\$ 27 miliar (tahun 2005), menyalurkan dana lebih dari US\$ 500 juta per tahun dalam bidang kesehatan kepada negara sedang berkembang.

Meskipun Yayasan itu dipimpin oleh Bill Gates Sr. dan Patty Stonesifer, dan dijalankan oleh beberapa staf eksekutif, Bill Gates (orang terkaya sedunia) dan istrinya Mellinda secara aktif terlibat dalam arah strategis Yayasan tersebut maupun dalam kegiatan penyaluran bantuan. Mereka memiliki pengaruh signifikan terhadap kebijakan kesehatan dan pengaturan prioritas di bidang kesehatan internasional sebagai hasil dari besarnya sumber daya yang dialirkan oleh Yayasan.

Yayasan tersebut telah memainkan peran sebagai katalis dalam perubahan rancang bangun organisasi dalam kesehatan internasional. Ketika penyumbang dana besar lain dalam bidang pembangunan kesehatan, yaitu World bank, memberikan sebagian besar pinjaman bagi pemerintah, Yayasan tersebut lebih mendukung organisasi non pemerintah, terutama kemitraan publik dengan swasta melalui hibah. Memang, salah satu ciri menonjol dari yayasan adalah jumlah kemitraan dan

aliansi publik dan swasta yang telah dibangun, diinkubasi dan didukung secara finansial sekaligus menyediakan staf yang duduk dalam kepengurusan. Misalnya, yayasan tersebut memainkan peranan sentral dalam melahirkan *Global Alliances for Vaccines and Immunization* /Aliansi Vaksin dan Imunisasi Global, *Foundation for New Innovative Diagnostics*/Yayasan Diagnostik Inovatif Baru, dan *Global Alliance for Improved Nutrition*/Aliansi Global bagi Peningkatan Gizi, dll. Meskipun dukungan yayasan tersebut sangat penting dalam penelitian, pengembangan dan akses produk yang terabaikan, yang tak kalah penting adalah keberhasilannya dalam mengajak pelaku sektor publik dan swasta berkolaborasi dalam pembuatan kebijakan.

Yayasan tersebut juga terlibat dalam kebijakan kesehatan dengan cara lain. Melalui hibah yang diberikan ia telah membantu pengambilan kebijakan berdasar bukti nyata / *evidence-based policy making* (lihat Bab 9). Misalnya, Yayasan tersebut telah memberikan dana sebesar US\$ 20 juta untuk membantu perguruan tinggi sains di Afrika untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan saran berdasar bukti/*evidence-based advice* bagi pemerintahnya dalam mengambil kebijakan. Yayasan juga telah membantu pembentukan Jaringan Riset Kebijakan Kesehatan global (*Global Health Policy Research Network*) yang kelompok kerjanya menghasilkan laporan analisis yang sangat penting.

Dana yang diberikan oleh Yayasan berperan dalam mengatur prioritas kesehatan internasional yang tidak mendapat perhatian pemerintah, organisasi non-pemerintah dan organisasi internasional yang cenderung memikirkan dimana tindakan tersebut dilakukan. Terlebih lagi, sebagai hasil dari investasi besar-besaran dalam kegiatan kesehatan internasional, yayasan tersebut memiliki akses yang mudah kepada pembuat keputusan penting di semua tingkat.

Sebagaimana mitra nasional mereka, organisasi-organisasi masyarakat madani memainkan sejumlah peranan dalam proses pembuatan kebijakan – baik mempengaruhi organisasi internasional formal (misalnya World bank) maupun mempengaruhi perdebatan di tingkat nasional. Mereka mengadopsi strategi serupa: beberapa pihak bertindak sebagai kelompok dari dalam, melalui komunitas kebijakan global dan *issue network* sebagaimana kasus *Médecins Sans Frontières* (MSF) berdasar pada prinsip intervensi kemanusiaan di zone konflik; beberapa organisasi bertindak sebagai kelompok dari luar yang menggunakan taktik konfrontasi misalnya aktifisme pemilik modal atau mengorganisir boikot produk tertentu melawan perusahaan transnasional; dan beberapa organisasi lain bertindak sebagai kelompok *thresholder* yang beralih di antara kedua posisi tersebut. Misalnya, MSF pernah menjadi bagian *issue network* yang lebih luas bekerja sama dengan WHO, UNAIDS dan kelompok lain untuk meningkatkan akses terhadap obat HIV/AIDS tetapi juga menjadi anggota jaringan kelompok aktifis yang menggunakan taktik konfrontatif untuk menurunkan harga maupun tuntutan lain.

Dalam Bab 6 pembaca mempelajari bahwa masyarakat madani sering memainkan peranan penting dalam proses pembuatan kebijakan, meliputi partisipasi, representasi, dan pendidikan politik dan bahwa masing-masing organisasi masyarakat madani bisa diidentifikasi mana yang memotivasi (menarik perhatian pada permasalahan baru), memobilisasi (membangun tekanan dan dukungan), dan memonitor (menilai perilaku negara dan perusahaan dan memastikan pelaksanaan) berdasar permasalahan dan kebijakan tertentu. Akibat komunikasi global yang meningkat, masyarakat sipil global memainkan peranan yang sama baik di tingkat sub-nasional, nasional maupun internasional.

Kegiatan 8.4

Sambil membaca penjelasan berikut mengenai peranan masyarakat madani global oleh Jeff Collin dkk (2002), buatlah catatan dan kesimpulan dalam dua atau tiga kalimat mengenai fungsi yang dijalankannya dalam tingkat politik yang berbeda.

Masyarakat Sipil dan Kerangka kerja Konvensi Pengendalian Tembakau

Di bulan Mei 2003 naskah *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* / Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau disetujui setelah negosiasi selama hampir empat tahun oleh negara-negara anggota WHO. Proses ini sangat ditentang dan sering terjadi polarisasi antara industri melawan aktifis dan ahli kesehatan masyarakat dan kedua belah pihak berusaha mempengaruhi posisi negosiasi dari setiap negara anggota. Meski naskah tersebut memuat dasar proses legislasi nasional bagi negara yang meratifikasinya, proses penyusunannya menyoroti peran penting yang dapat dimainkan oleh masyarakat sipil global dalam forum kesehatan internasional sekaligus keterbatasannya. LSM yang memiliki “status konsultatif” di WHO berpartisipasi secara formal, tetapi terbatas (misalnya tak berhak memilih), dalam proses negosiasi – namun mampu menggunakan status ini untuk melakukan lobi terhadap delegasi resmi. Selain itu, banyak LSM menekan WHO untuk mempercepat proses yang diperlukan agar LSM internasional memiliki hubungan resmi dengan Organisasi – dan satu keputusan telah dibuat untuk memberikan hubungan resmi tersebut demi berjalannya proses FCTC. Kedua, WHO menjadi penyelenggara dengar pendapat publik yang berhubungan dengan Konvensi dimana banyak organisasi masyarakat sipil yang memberikan pengakuan dan pernyataan tertulis. Ketiga, kelompok masyarakat sipil, misalnya *Campaign for Tobacco Free Kids* (Kampanye Anak-anak Bebas dari Tembakau) dan ASH, melakukan fungsi pendidikan – mengorganisir seminar, mempersiapkan penjelasan bagi delegasi tentang berbagai aspek teknis Konvensi, mempublikasikan laporan tentang permasalahan teknis, dan menerbitkan buletin laporan kerja harian. Peranan keempat, dan mungkin unik, berupa tindakan atas nama kesadaran kesehatan publik selama negosiasi. Misalnya, beberapa LSM menarik perhatian terhadap posisi menentang yang diambil oleh beberapa negara anggota dan taktik pihak industri – dengan cara yang beragam misalnya memberi penghargaan *Orchid Award* kepada delegasi yang mereka anggap telah memberi kontribusi paling positif dihari sebelumnya dan *Dirty Ashtray Award* bagi yang paling merusak. Kelima, individu yang bekerja bagi organisasi masyarakat, pada kejadian tertentu, mampu berpartisipasi langsung dalam negosiasi melalui keikutsertaan mereka dalam delegasi internasional. Selama negosiasi berlangsung, organisasi masyarakat madani global menjadi kekuatan pelobi yang lebih kuat melalui pembentukan *Framework Convention Alliance*/Aliansi Kerangka Kerja Konvensi yang berusaha meningkatkan komunikasi antar kelompok dengan langsung terlibat secara sistematis untuk menjangkau kelompok-kelompok yang lebih kecil di negara berkembang. Pada akhir negosiasi lebih dari 180 LSM dari lebih dari 70 negara telah menjadi anggota. Aliansi tersebut akhirnya menjadi jembatan bagi tindakan tingkat nasional yang meliputi lobi, penulisan surat, diskusi kebijakan, kampanye advokasi dan konferensi pers sebelum dan sesudah pertemuan.

Feedback

Ada persetujuan umum bahwa masyarakat madani memberikan masukan kritis bagi proses FCTC yang mempengaruhi isi persetujuan melalui berbagai pendekatan. Namun ada keterbatasan terhadap pengaruh tersebut. Misalnya, negosiasi akhir dibatasi hanya untuk negara anggota – ini secara efektif mencegah masukan langsung dari masyarakat madani. Mungkin hal yang lebih penting adalah perusahaan-perusahaan rokok transnasional memiliki sumber daya politik yang lebih besar yang dapat mereka manfaatkan untuk mencegah pelaksanaan hasil Konvensi.

Keck dan Sikkik (1998) telah menarik perhatian terhadap peran advokasi yang dimainkan oleh jaringan dan koalisi sipil global di dunia politik pada area yang beragam misalnya kebijakan tentang pengganti air susu ibu dan sunat perempuan. Koalisi seperti itu bertujuan untuk mengubah prosedur, kebijakan dan perilaku negara serta organisasi internasional melalui persuasi dan sosialisasi – dengan melibatkan diri dan menjadi anggota komunitas pembuat kebijakan yang lebih luas menyangkut permasalahan yang spesifik. Kekuatan koalisi semacam itu bersumber dari informasi, ide dan strategi mereka untuk ‘mengubah informasi dan konteks nilai yang menjadi sarana bagi negara dalam membuat kebijakan’. Di Bab 6 pembaca mempelajari tentang peran advokasi koalisi dalam mengubah persepsi kepentingan melalui *discursive* dan taktik lain yang

berhubungan dengan HIV/AIDS. Kelompok seperti *Treatment Action Campaign* (umumnya di tingkat nasional) dan ACTUP (global) telah mendefinisikan kembali agenda dan mengubah perspektif perusahaan (misalnya menurunkan biaya produksi obat, membatalkan tuntutan bagi negara yang ingin menerapkan TRIPS, dsb.) dan berhasil memaksakan respons kebijakan di tingkat nasional dan internasional (Seckinelgin 2003).

Pertumbuhan masyarakat madani global tercapai karena beberapa alasan. Bagi beberapa pihak hal tersebut diterima karena penurunan kemampuan negara untuk mengatur bidang kebijakan tertentu – misalnya bidang kesehatan. Bagi pihak lain, ini adalah sarana untuk meningkatkan proses pembuatan kebijakan – dengan membawa ide-ide dan keahlian baru ke dalam proses itu, dengan mereduksi konflik, meningkatkan komunikasi atau transparansi. Bagi pihak lain, keterlibatan masyarakat madani menjadi sarana untuk melakukan demokratisasi sistem internasional – untuk menyuarakan mereka yang terkena imbas kebijakan yang diambil yang selanjutnya membuat kebijakan tersebut lebih responsif. Masyarakat madani juga dianggap mengikutsertakan manusia menjadi penduduk global dan “melakukan globalisasi dari bawah”. Pihak lain menyamakan masyarakat madani dengan upaya membentuk pemerintahan yang lebih humanis; sebagai penyeimbang terhadap pengaruh sektor komersial. Di samping harapan-harapan tersebut, ada pula yang tidak terlalu optimis.

Kegiatan 8.5.

Pembaca telah membaca beberapa alasan positif yang menyambut baik pertumbuhan masyarakat madani global. Kritik seperti apa menurut pembaca yang pantas diberikan bagi kelompok – kelompok global?

Feedback

Daftar yang pembaca buat bisa mencakup hal-hal berikut:

- Legitimasi kelompok ‘global’ bisa dipertanyakan dengan adanya ketidakseimbangan keterwakilan pihak Utara dan Selatan yang nampak dari besarnya jumlah dana dan anggota yang berasal dari Utara dan mengatur agenda. Kurang dari 15% LSM yang mendapat akreditasi PBB berasal dari Selatan.
- Masalah Elitisme. Meskipun masyarakat madani global sering dianggap mewakili masyarakat akar rumput dalam prakteknya, beberapa organisasi dianggap sebagai ‘*astroturf/golongan elit*’ karena mereka beranggotakan kaum elit dari Selatan
- Kurangnya aspek demokrasi. Banyak organisasi yang belum mempertimbangkan partisipasi konstituen maupun cara mengelola konsultasi.
- Kurangnya transparansi. Banyak kelompok yang tidak dapat mengidentifikasi dengan jelas siapa mereka sebenarnya, apa tujuan mereka, dari mana sumber pendanaan mereka, maupun bagaimana mereka mengambil keputusan. Beberapa organisasi menjadi ujung tombak industri dan lebih baik dianggap sebagai bagian dari pasar.
- Masyarakat madani yang tidak madani. Masyarakat madani global adalah sebuah frase umum yang bisa dipergunakan dalam berbagai hal. Sindikat kriminal lintas negara dan kelompok rasialis pun termasuk didalamnya.

Perusahaan transnasional

Dalam Bab 3 pembaca mempelajari tentang karakter sektor komersial yang beraneka ragam dan cara-cara sektor tersebut menyebarkan pengaruhnya dalam perdebatan mengenai kebijakan kesehatan domestik. Sektor komersial, terutama perusahaan transnasional (*Transnational Corporation/TNC*), asosiasi internasional dan asosiasi tertinggi, juga mengejar kepentingan mereka melalui sistem internasional. Pada tahun 1998, Sekretaris Jendral Kamar Dagang Internasional/*International Chamber of Commerce* (ICC) menulis bahwa ‘perusahaan meyakini

bahwa aturan main bagi ekonomi pasar, yang semula hanya ditetapkan oleh pemerintah saja, harus diterapkan secara global jika diharapkan berjalan secara efektif. Demi terciptanya kerangka kerja peraturan global tersebut, perusahaan mengharapkan peran PBB dan organisasi-organisasi di bawahnya' (Cattai 1998). ICC terutama tertarik pada aturan-aturan WTO untuk mengembangkan aturan bisnis 'dengan ketentuan bahwa mereka harus sangat memperhatikan kontribusi perusahaan.' Sekjen yang kemudian menjadi Presiden tersebut menjelaskan bahwa 'Kita tidak menginginkan menjadi pasangan gelap WTO dan ICC tidak harus masuk WTO melalui pintu belakang' (Maucher 1998). Hasilnya, ICC memulai sebuah dialog sistematis dengan PBB dan berbagai strategi lain untuk mempengaruhi pembuatan keputusan di PBB – termasuk upaya keras untuk memperoleh persetujuan terhadap kerangka kerja bagi masukan semacam itu. Kegiatan tersebut menghasilkan pernyataan bersama antara PBB dengan ICC mengenai kepentingan bersama sekaligus suatu '*Global Compacts*' dari nilai-nilai dan prinsip-prinsip bersama yang menghubungkan perusahaan transnasional besar dengan PBB tanpa terbebani dengan aturan-aturan formal atau kerangka kerja hukum yang mengikat.

Meskipun *Global Compact* adalah ekspresi yang sangat tampak, nyata dan kontroversial dari interaksi antara sektor komersial dengan sistem internasional, bidang lain pun juga telah dimanfaatkan. Daftar berikut berisi cara-cara sektor komersial menebarkan pengaruhnya dalam hubungannya dengan organisasi antar pemerintah dan hasil kerja mereka mengingatkan pembaca bahwa kelompok pelaku ini perlu dilibatkan dalam analisis kebijakan kesehatan:

- pengaruh terhadap organisasi antar pemerintah seperti WHO, misalnya, pertemuan pihak industri dengan Direktur Jendral, keterlibatan sebagai penasehat ahli dan dalam kelompok kerja, staf yang berasal dari industri menempati posisi sementara; dan menyamarkan infiltrasi
- menunda pemberlakuan instrumen hukum internasional
- menghadang pemberlakuan instrumen internasional, misalnya, industri gula memobilisasi penentangan terhadap pedoman makanan internasional yang diajukan oleh FAO/WHO pada tahun 2003 (Waxman A 2004)
- mempengaruhi isi perjanjian internasional, misalnya Phillip Morris berhasil melobi pemerintah Amerika Serikat untuk mengadopsi posisi tertentu dalam naskah FCTC (Waxman A 2004)
- menentang kompetensi dan mandat organisasi internasional untuk mengembangkan norma dalam area kebijakan tertentu, misalnya, industri makanan menentang dan mencoba membatasi cakupan permasalahan yang hendak diajukan WHO untuk mengatasi masalah obesitas (Waxman A 2004)

Daftar ini mengungkap bahwa sektor komersial secara aktif terlibat dalam organisasi internasional – organisasi yang pada awalnya menjadi alat untuk memudahkan kerjasama antar negara. Studi kasus berikut ini memberikan gambaran mendalam mengenai keterlibatan industri dalam pengembangan aturan-aturan perdagangan global

Kegiatan 8.6

Bacalah studi kasus mengenai hak kekayaan intelektual/*intellectual property rights* (IPR) lalu renungkan pertanyaan berikut dan buatlah catatan:

1. Mengapa pihak industri menginginkan aturan yang bersifat mengikat bukan yang bersifat sukarela terkait IPR?
2. Mengapa industri mencari aturan-aturan global?
3. Mengapa pemerintah Amerika Serikat mendukung Komite Kekayaan Intelektual (*Intellectual Property Committee*)
4. Mengapa aturan perdagangan ini penting bagi sektor kesehatan publik?

Globalisasi Kekayaan intelektual

Sell (2003) memberikan pendapat yang menarik tentang pengaruh industri terhadap perkembangan persetujuan antar pemerintah mengenai IPR yang berlingkup global. Pendorong bagi aturan global berasal dari pemikiran perusahaan tertentu yang menyatakan bahwa perlindungan kekayaan intelektual yang lemah di luar wilayah AS dianggap sebagai 'pembajakan' dan merupakan kerugian besar serta menjadi ancaman bagi investasi lebih lanjut dalam bidang ilmu pengetahuan. Hasilnya, CEO dari 12 perusahaan transnasional yang berbasis di Amerika Serikat (bidang industri kimia, informasi hiburan, dan farmasi) membentuk Komite Kekayaan Intelektual/*Intellectual Property Committee* (IPC) untuk mewujudkan perlindungan IPR yang lebih kuat di seluruh dunia. Komite tersebut dibentuk tahun 1986, sebelum dibukanya negosiasi perdagangan Putaran Uruguay/*Uruguay Round* yang berpuncak pada penetapan WTO.

Komite ini bekerja sebagai jaringan informal. Tujuannya untuk melindungi IPR melalui hukum perdagangan. Tugas tersebut dimulai dengan membuat kerangka permasalahan – mengaitkan kurangnya perlindungan dengan defisit neraca perdagangan AS. Berdasar pada argumen ekonomi, keahlian teknis yang memadai dan hubungan dengan pejabat pemerintah itulah maka komite berhasil mendapat dukungan penuh dari pemerintah AS. IPC kemudian menyusun cara untuk meyakinkan mitra industri di Jepang, Kanada dan Eropa mengenai alasan strategi yang diterapkan (mengaitkan IPR dengan hukum perdagangan) dan memperoleh dukungan mereka untuk membawa permasalahan tersebut ke agenda negosiasi Uruguay. IPC membentuk komisi ahli hukum perdagangan untuk menyusun perjanjian yang akan melindungi kepentingan industri. Rancangan tersebut diadopsi oleh pemerintah AS yang dinyatakan 'merefleksikan pandangan mereka' dan menjadi bagian dari dokumen negosiasi di Uruguay. IPC mampu menempatkan salah satu anggotanya, yaitu CEO Pfizer, sebagai penasehat bagi delegasi AS. Meskipun India dan Brazil berusaha untuk menghalangi negosiasi dan menggagalkan upaya pembahasan IPR dalam pertemuan, ancaman sanksi ekonomi membuat mereka takluk. Hasilnya, *the Agreement on Trade Related Intellectual Property Rights* (TRIPS) muncul dan menurut pihak industri, 'IPC mendapatkan 95% dari apa yang diinginkan.'

Sebagai salah satu persetujuan WTO, TRIPS memiliki mekanisme pemberlakuan yang kuat dan kemungkinan berdampak besar bagi kesehatan masyarakat. Persetujuan tersebut mewajibkan negara-negara yang sampai sekarang ini gagal melindungi hak paten atas produk atau proses produksi agar membuat ketentuan untuk melakukannya dan khususnya mengatur periode paten selama 20 tahun. Pihak industri beralasan bahwa perlindungan monopoli dibutuhkan untuk mendorong investasi dalam riset dan pengembangan. Para pengkritik menganggap bahwa hal ini akan menimbulkan adanya larangan yang tidak perlu terhadap penggunaan produk generik, meningkatkan ongkos obat, dan menaikkan hambatan bagi inovasi ilmu pengetahuan.

Feedback

1. Pihak industri menginginkan aturan yang mengikat sehingga semua pihak harus patuh. Aturan yang bersifat sukarela sering berakibat adanya tingkat kepatuhan yang rendah.
2. Industri menginginkan aturan global karena mereka tidak mau ada negara yang tidak menerapkannya.
3. Pemerintah AS dianggap telah mendukung IPC dengan beberapa alasan. Pertama, pemerintah AS menerima kerangka permasalahan dan besarnya masalah sebagaimana perkiraan industri. Kedua, pihak industri menyediakan keahlian unik di bidang yang tidak dimiliki oleh pemerintah. Ketiga, industri ini menyumbang dana kampanye yang besar dan investasi besar dalam melakukan lobi.

4. Dampak bagi kesehatan publik bisa positif atau negatif. Kemungkinan besar akan ada lebih banyak investasi swasta dalam bidang riset dan pengembangan kesehatan. Namun, kemajuan tersebut mungkin hanya bisa dinikmati oleh mereka yang sanggup membayarnya.

Sebagaimana telah pembaca pelajari di Bab 3, sektor komersial mempengaruhi kebijakan kesehatan publik dengan berbagai cara dan dapat menjadi kekuatan positif maupun negatif. Pembaca ingat bahwa sektor komersial juga mengembangkan inisiatif kebijakan kesehatan swasta tanpa melibatkan sektor publik. Misalnya, sektor ini telah mengembangkan berbagai kode etik yang bersifat global. Perusahaan-perusahaan juga telah menetapkan mekanisme alternatif ketika sistem publik gagal dalam berbagai hal yang mempengaruhi tingkat keuntungan. Misalnya, sebagai tanggapan atas kerugian besar akibat wabah SARS tahun 2003, sebuah kelompok terdiri dari bank investasi, perusahaan asuransi dan perusahaan penerbangan memulai pembahasan untuk menetapkan dana yang akan membantu menurunkan resiko epidemi global dengan memperkuat pengawasan nasional dan global serta kemampuan mengatasinya.

Kemitraan global bidang kesehatan antara publik dan swasta

Salah satu ciri dunia global adalah kecenderungan para pelaku dari sektor dan tingkat yang berbeda untuk bekerja secara kolektif sebagai komunitas pembuat kebijakan dan *issue network* atas proyek kebijakan sebagaimana dijelaskan di Bab 6. Salah satu bentuk upaya kolaborasi yang jelas (walaupun hanya pada bagian akhir yang formal) di sektor kesehatan adalah banyaknya kemitraan publik dan swasta (*public-private partnership/PPPs*) yang telah diluncurkan sejak pertengahan 1990an. Meskipun label PPP telah diterapkan pada sejumlah usaha kooperatif, sebagian besar diantaranya menyatukan pelaku-pelaku yang tersebar dengan sektor publik. Organisasi-organisasi komersial dan masyarakat madani yang memiliki sasaran dan tujuan bersama serta memiliki komitmen terhadap organisasi mereka (kadang berjumlah hingga ratusan sebagaimana kasus Kemitraan Global untuk Pemberantasan TB/*Global Partnership to Stop TB*) bekerja bersama untuk meraihnya. Beberapa kemitraan mengembangkan identitas hukum yang independen, misalnya Aliansi Vaksin AIDS Internasional/*International AIDS Vaccine Alliances*, sedangkan organisasi lain menempati posisi sebagai organisasi multilateral atau non-pemerintah yang telah lama ada, seperti *Roll Back Malaria* dan *Global Alliances for Vaccines and Immunization* masing-masing di WHO dan UNICEF.

PPP memiliki beberapa fungsi. Beberapa pihak melakukan fungsi riset dan pengembangan untuk produk kesehatan, misalnya *the Medicines for Malaria Venture* mengumpulkan dana dari sektor publik dan yayasan kemudian menggunakannya untuk meningkatkan keterlibatan perusahaan-perusahaan farmasi dan bioteknologi agar fokus dalam memproduksi vaksin malaria bagi negara berpenghasilan rendah. Pihak lain bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap produk yang telah ada bagi penduduk yang tidak mampu membelinya. *The International Trachoma Initiative*, misalnya, menyalurkan antibiotik bantuan dari Pfizer ke negara-negara yang menggunakannya sebagai bagian dari pendekatan kesehatan publik untuk mengontrol penyakit trakoma. Sejumlah kecil PPPs memobilisasi dan menyalurkan dana bagi penyakit atau intervensi tertentu, sedangkan pihak lain ada yang hanya beroperasi dalam bidang advokasi, misalnya *International Partnership for Microbicides*. Selama bekerja, banyak PPPs yang mengembangkan kebijakan, norma-norma dan standar yang mungkin sebelumnya telah dikembangkan oleh pemerintah atau organisasi antar-pemerintah dan sangat aktif berusaha mengatur agenda, mempengaruhi prioritas yang diberikan bagi permasalahan kesehatan, dan melibatkan diri dalam formulasi atau implementasi kebijakan oleh pemerintah nasional dan organisasi internasional.

Dari perspektif kebijakan, yang membuat PPPs pantas dihargai adalah kenyataan bahwa mereka muncul untuk mewakili pelaku penting dalam bidang kebijakan kesehatan tingkat global dan nasional – sebagaimana kemitraan yang diselenggarakan oleh organisasi lain (misalnya STOP TB) akan memiliki identitas dan mengejar tujuan yang spesifik. Pengaruh mereka seringkali berawal dari sumber-sumber politik yang dimiliki yang membuat mereka mempunyai kemampuan menjalankan

organisasi secara efektif yang bekerja independen atau monosektoral, misalnya, berupa akses politik dan sumber pengetahuan, serta perspektif yang cerdas dan beragam yang berhubungan dengan berbagai segi proses pembuatan kebijakan, maupun luas dan dalamnya ketrampilan yang dimiliki dari sisi kemampuan riset hingga distribusi produk maupun teknik pemasaran. Kekuatan mereka juga berupa kemampuan untuk menyatukan sejumlah pelaku kebijakan penting pada posisi tertentu; pelaku yang mungkin telah mencari alternatif kebijakan lain atau belum dimobilisir sama sekali terhadap permasalahan kebijakan tertentu. Akibatnya, PPPs telah menjadi advokat yang kuat bagi respon terhadap masalah kesehatan dan kebijakan tertentu.

Kegiatan 8.7

Hubungan yang lebih dekat antara sektor publik dan swasta, termasuk melalui kemitraan, meskipun sebagian diterima dengan baik tapi mengundang kritik dari beberapa pihak. Tulislah empat atau lima alasan yang mungkin bisa menjelaskan munculnya kritik terhadap PPP sehubungan dengan pembuatan kebijakan kesehatan.

Feedback

Tanggapan pembaca mungkin telah memuat beberapa hal berikut, yang sebagian besar kurang lebih valid, setidaknya kadang - kadang:

- PPPs bisa menimbulkan fragmen dalam arsitektur kesehatan internasional dan membuat koordinasi kebijakan antar organisasi makin sulit.
- PPPs meningkatkan pengaruh sektor swasta dalam proses pembuatan kebijakan publik yang bisa mengakibatkan munculnya kebijakan yang menguntungkan bagi kepentingan swasta dengan mengorbankan kepentingan publik
- Sebagai lanjutan dari hal di atas, ada pemikiran bahwa pengambilan keputusan dalam PPPs bisa menimbulkan konflik kepentingan. Meskipun banyak PPPs yang mengembangkan norma-norma dan standar teknis, hanya sedikit yang memiliki mekanisme untuk mengatur konflik semacam itu baik yang nyata, nampak atau potensial.
- Melalui asosiasi dengan pelaku sektor publik, PPPs bisa meningkatkan legitimasi perusahaan yang kurang memiliki tanggung jawab sosial (menurut istilah kritikus '*blue wash*').
- Keterlibatan swasta bisa mengganggu rancangan prioritas dalam kesehatan internasional terhadap permasalahan dan intervensi yang, dari perspektif publik, mungkin bisa dipertanyakan. PPPs cenderung terfokus pada produk (yang sering bersifat kuratif) dan upaya mengatasi penyakit-penyakit menular daripada yang tidak menular. Mengatasi penyakit tidak menular lebih sulit dan bisa secara langsung mempengaruhi kepentingan lobi-lobi komersial (misalnya makanan dan minuman, alkohol).
- PPPs bisa mendistorsi agenda-agenda kebijakan di tingkat nasional. PPPs berperilaku sebagaimana pelaku internasional lain dalam mengejar tujuan-tujuan kebijakan tertentu – mereka sama saja dengan pelaku lain.
- Pengambilan keputusan dalam PPP didominasi oleh kaum elit dari kawasan Utara yang memiliki cara pengambilan keputusan yang berlawanan dengan berbagai organisasi PBB (misalnya prinsip satu negara satu suara). Selain itu, perwakilan dari Selatan juga cenderung berasal dari golongan elit.

Meskipun pengkritik telah memunculkan pemikiran yang sah mengenai kemitraan publik dan swasta, dalam dunia yang makin menyatu biasa terjadi adanya kebijakan yang dibuat melalui komunitas kebijakan dan *issue network*. Hal ini membuka lapangan baru bagi para pelaku untuk mengejar sasaran terkait kebijakan tertentu dan tindakan tersebut menambah kompleksitas dalam pembuatan kebijakan kesehatan.

Globalisasi proses pembuatan kebijakan

Dalam Bab 6 diperkenalkan konsep ‘segitiga besi/*iron triangle*’ – yaitu adanya tiga pelaku besar yang terlibat aktif dalam proses pembuatan kebijakan di tingkat nasional (misalnya pejabat terpilih, birokrat, dan kelompok kepentingan non-pemerintah – terutama dari sektor komersial). Perubahan yang dijelaskan dalam bab ini menggambarkan bahwa kebijakan memiliki dimensi global yang makin meningkat dan para pelaku global dan internasional tersebut sering memainkan peranan penting. Cerny memunculkan istilah ‘segilima emas/*golden pentangles*’ untuk merefleksikan perubahan-perubahan terhadap proses pengambilan kebijakan ini (2001). Meskipun birokrat domestik, pejabat terpilih dan kelompok kepentingan tetap penting, mereka telah tergabung di satu sisi melalui kegiatan-kegiatan formal dan dalam institusi organisasi internasional (misalnya World bank, Organisasi Perdagangan Dunia, G8 dll) – sisi keempat dari segilima – dan pihak yang kurang formal, sering dalam bentuk jaringan (misalnya kemitraan publik - swasta) serta masyarakat madani transnasional dan kegiatan pasar di sisi lain – sisi kelima. Tergantung pada permasalahan yang ada, salah satu atau semua kategori pelaku bisa terlibat dan satu atau lebih diantara mereka mungkin mendominasi. Gambaran segilima itu berguna bagi analisis kebijakan karena ia menarik perhatian terhadap sejumlah kepentingan yang mungkin aktif dan kompleksitas proses pengambilan kebijakan apa pun. Bagi pemerintah, terutama yang berasal dari negara berpenghasilan rendah dan menengah, mengelola begitu banyak masukan dalam sistem perpolitikan merupakan tugas yang sulit.

Kementerian kesehatan di negara berpenghasilan rendah menghadapi peningkatan jumlah pelaku dalam proses pembuatan kebijakan yang menambah beban bagi pengelolaan berbagai hubungan bilateral dengan organisasi donor yang beraneka ragam – diantaranya sering dalam konteks proyek rahasia. Di awal 1990an semakin jelas bahwa tuntutan yang diajukan terhadap berbagai kementerian oleh donor yang mengejar prioritas yang berbeda dan menuntut mekanisme pelaporan proyek terpisah dan paralel terlalu berlebihan dan bahkan merusak kemampuan yang terbatas dan mempersulit upaya menyusun kebijakan yang koheren dan konsisten dalam sektor tersebut. Akibatnya, muncul konsensus bersama tentang perlunya peningkatan koordinasi dan upaya untuk menetapkan “pendekatan sektoral/*sector-wide approaches*’ (SWAPS). Hal ini memerlukan penerjemahan kerangka kerja kebijakan dan perencanaan pengeluaran taraf medium yang disetujui bersama. Semua donor eksternal diharapkan berjalan dalam kerangka kerja tersebut, hanya untuk membiayai kegiatan-kegiatan yang termuat dalam perencanaan (lebih baik melalui kelompok bersama dan idealnya menyatu dengan dana domestik) dan menerima laporan pemerintah yang terkonsolidasi.

Adanya politik kerjasama pembangunan seperti itu, tingkat keberhasilan program SWAPs bermacam-macam; banyak donor yang terus membiayai kegiatan di luar rencana, proyek-proyek yang dirancang dari luar yang kurang harmonis dan menimbulkan masalah pelaporan serta keuangan yang membebani dan kompleks – sering hanya sebagai pelengkap semata. Di negara-negara yang mengalami kemajuan, pencapaian ini sering terancam oleh kedatangan kemitraan publik - swasta global yang baru. Saat ini banyak negara yang menjadi tempat bagi pelaksanaan 20 PPPs yang berjalan sebagai program vertikal dengan sistem paralel – yang kemudian menarik kementerian negara ke arah yang berbeda karena mereka bersaing untuk memperoleh perhatian dan prioritas. Akibatnya, muncul kembali kebutuhan terhadap koherensi ditingkat negara. Demikian pula, telah diketahui bahwa koordinasi di tingkat negara membutuhkan dukungan koordinasi tingkat global. Manifestasi yang paling menonjol adalah Millenium Development Goals (MDGs/Sasaran pembangunan Milenium) yang disetujui di tahun 2000 oleh 189 negara, dengan dukungan dari International Monetary Fund (IMF) dan World bank, *the Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), serta kelompok G8 dan G20. Kedelapan MDGs memiliki target spesifik dan memuat indikator yang bisa diverifikasi terkait perkembangan apa yang diukur dan kemana semua pelaku harus berkomitmen.

Kegiatan 8.8

Mengapa begitu sulit mengkoordinasi upaya-upaya di tingkat negara? Berikan dua atau tiga alasan

Feedback

Jawaban pembaca harus membahas kenyataan bahwa pelaku yang berbeda memiliki kepentingan yang berbeda. Seringkali kepentingan tersebut sulit disatukan. Organisasi donor bilateral mungkin mengejar kepentingan diplomatik atau kepentingan komersial disamping tujuan kesehatan dan kemanusiaan melalui kerjasama pembangunan dan hal ini mungkin berlawanan dengan prioritas yang ditetapkan melalui proses konsultatif dengan negara lain. Sebagaimana telah pembaca pelajari di atas, organisasi internasional mengejar tujuan-tujuan tertentu dan bermacam-macam pula. Semua organisasi, termasuk kemitraan publik dan swasta akan bersaing untuk memasukkan agenda mereka ke dalam agenda kebijakan dan berusaha mendapat perhatian. Oleh karenanya, akan selalu ada dimensi politis dan teknis dalam koordinasi dengan institusi eksternal yang berusaha untuk mengatur agenda dan mendapat mitra nasional untuk menjalankan pilihan kebijakan yang lebih mereka sukai.

Model segilima memunculkan pertanyaan mengenai apakah penambahan kategori pelaku mengarah pada pluralisme yang lebih besar dan apakah interaksi yang meningkat mengarah pada pertimbangan tentang cakupan alternatif kebijakan yang lebih luas. Tidak ada satu jawaban pasti terhadap pertanyaan ini karena hal ini tergantung pada kebijakan dan konteks yang ada. Beberapa studi empiris dalam sektor kesehatan menunjukkan bahwa meskipun beberapa area telah mencakup kelompok yang lebih besar, keputusan yang dibuat cenderung didominasi oleh komunitas elit pembuat kebijakan yang sering mewakili sejumlah kecil organisasi, baik dari sektor publik, sipil maupun komersial (misal pluralisme elit).

Sedangkan untuk pertanyaan mengenai apakah globalisasi meningkatkan pilihan-pilihan kebijakan yang dipertimbangkan, akan nampak bahwa rancangan agenda dan formulasi kebijakan ditandai dengan meningkatnya konvergensi – terutama dalam hubungannya dengan reformasi sektor kesehatan publik yang dijabarkan di Bab 3. Namun transfer kebijakan antar negara – yang sering melalui mediasi internasional (seperti kemitraan global atau organisasi internasional) – yang mengakibatkan konvergensi bukanlah proses sekali jadi. Pembelajaran lintas negara dan lintas sektoral secara eksplisit (misalnya melalui *study tour*) atau ketentuan insentif (misalnya pinjaman, hibah) tidak secara otomatis mengarahkan terjadinya transfer kebijakan dan perubahan. Seringkali proses tersebut berjalan lama dan tersendat-sendat serta melibatkan organisasi dan jaringan yang berbeda pada tahap-tahap yang berbeda.

Rangkuman

Dalam Bab ini pembaca telah mempelajari bahwa globalisasi merupakan serangkaian proses dengan banyak segi yang meningkatkan integrasi dan ketergantungan antar negara. Integrasi dan ketergantungan tersebut telah memunculkan adanya kebutuhan atas proses pembuatan kebijakan yang berlapis dan multi sektoral (*di atas dan di bawah negara* dan antara sektor publik dan swasta). Kekuasaan negara terhadap kesehatan secara umum, walaupun berbeda, telah hilang. Namun negara tetap memiliki peran sentral bahkan meski ia harus menerapkan kebijakan melalui konflik dan kolaborasi dengan pelaku yang makin meningkat jumlahnya di berbagai tingkat melalui komunitas pembuat kebijakan.

Referensi

- Cattui MS (1998). *Business Partnership Forged on a Global Economy*. ICC Press Realese. 6 February, 1998. Paris: International Chambers a Commerce
- Cerny P (2001). From 'iron triangles' to 'golden pentangles'? Globalizing the policy process. *Global Governance* 7(4): 397-410

- Collin J, Lee K dan Bissell K (2002). The Framework Convention on Tobacco Control the politics of global health governance. *Third World Quarterly* 23(2): 265-82
- Keck ME dan Sikkink KI (1998). *Activist Beyond Borders*. Ithaca, NY: Cornell University Press
- Lee K, Fustukian S dan Buse K (2002). An Introduction to global health policy. In Lee K, Buse K dan Fustukian S (eds) *Health Policy in Globalizing World*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3-17
- Maucher HO (1998). *The Geneva Business Declaration*. Geneva: ICC
- Salamon LM (1994). The rise of the non-profit sector. *Foreign Affairs* 73(4): 109-22
- Scholte JA (2000). *Globalisation: A Critical Introduction*. Houndsmill: Palgrave
- Seckinelgin H (2003). Time to stop and think: HIV/AIDS, global civil society and peoples' politics. In Kaldor M, Anheier HK dan Glasius M (eds) *Global Civil Society Yearbook 2003*. Oxford: Oxford University Press, pp. 114-27
- Sell S (2003). *Private Power, Public Law: The Globalisation of Intellectual Property*. Cambridge: Cambridge University Press
- UIA (1998). *Yearbook of International Association*. Vol. 1. Organisational descriptions. Union of International Association. London: UIA
- Waxman A (2004). The WHO global strategy on diet, physical activity and health: the conversy on sugar. *Development* 47(2): 75-82
- Waxman HA (2004). Politics of international health in the Bush administration. *Development* 47(2): 24-8
- WHO (2003). *Overview of WHO*. Geneva: WHO

Chapter 9

Penelitian, Evaluasi dan Kebijakan

Gambaran Umum

Bab ini mengulas tentang temuan-temuan penelitian dan evaluasi yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam mengambil kebijakan. Dengan demikian, evaluasi berfungsi sebagai alat untuk meneropong proses kebijakan. Dalam perspektif “siklus kebijakan”, evaluasi berada pada fase keempat dan terakhir yang ditandai dengan sebuah pertanyaan, “Apakah kebijakan sudah efektif?” Tetapi pada prinsipnya realitas ini masih dianggap sebagai awal dari sebuah fase baru dengan dua pertanyaan yang mendasarinya, “Jika kebijakan dinilai tidak efektif, apa yang perlu diubah? Apakah kebijakan tertentu harus diganti?”

Penelitian ini memberikan kontribusi tersendiri bagi proses pengambilan kebijakan yang dikemas dalam bingkai siklus kebijakan (misalnya, mendefinisikan ciri-ciri masalah pada tahap awal dan memahami persoalan-persoalan seputar agenda-agenda kebijakan). Selain itu, bab ini menyoroti tentang hubungan antara para peneliti dan pengambil kebijakan dan beberapa langkah yang perlu ditempuh untuk mendorong perbaikan “aktivitas jangka pendek” baik dalam penelitian maupun pengambilan kebijakan. Peneliti dan pengambil kebijakan berasal dari lingkungan dan latar belakang budaya berbeda. Kondisi ini memungkinkan terjadinya kesulitan-kesulitan komunikasi antara keduanya. Dari berbagai penelitian tentang proses pengambilan kebijakan diketahui bahwa sebenarnya masih ada perbedaan mendasar antara “kebijakan masyarakat” dan “koalisi advokasi” yang melibatkan para peneliti dan pengambil kebijakan sehingga pada gilirannya mereka bersaing dalam memperebutkan kue kekuasaan di wilayah-wilayah kebijakan.

Tujuan-tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari ulasan dalam bab ini, pembaca akan dapat:

- Mendefinisikan “bukti” penelitian, “evaluasi” dan cara-cara yang bisa digunakan dalam proses pengambilan kebijakan
- Mengetahui perbedaan antara penelitian dan kebijakan, dan hubungan antara keduanya dalam perspektif proses pengambilan kebijakan
- Mengidentifikasi beberapa kendala yang dihadapi dalam penelitian dan pengambilan kebijakan, alasan-alasan mengapa temuan penelitian dan keputusan atau kebijakan jarang mempunyai hubungan langsung dan linear
- Mengemukakan beberapa strategi yang digunakan para peneliti dan pengambil kebijakan dalam upaya menutup-nutupi “kepincangan” antara temuan penelitian dan kebijakan dan menilai bahwa kemungkinan untuk sukses selalu ada
- Mengkritisi konsep “dua masyarakat” dalam konteks para peneliti dan pengambil kebijakan

Istilah

Audit: Tinjauan kinerja yang biasanya dinilai berdasarkan kriteria-kriteria dan standar-standar.

Penyebaran: Proses ketika temuan-temuan penelitian diperkenalkan ke publik termasuk pengambil kebijakan.

Evaluasi Penelitian yang secara khusus dirancang untuk menilai kegiatan dan dampak program atau kebijakan sehingga bisa menentukan apakah kegiatan dan program atau kebijakan yang dimaksud pantas untuk dikembangkan lebih lanjut.

Bukti Berbagai bentuk pengetahuan – tetapi yang tidak membatasi kualitas penelitian – yang digunakan untuk menginformasikan keputusan-keputusan.

Obat berbasis bukti Gerakan dalam pengobatan dan profesi-profesi terkait yang meletakkan dasar-dasar praktek klinik pada bukti-bukti ilmiah yang secara mendasar disampaikan melalui hasil-hasil uji coba dan berhubungan dengan intervensi-intervensi yang efektif.

Kebijakan berbasis bukti Gerakan dalam pengambilan kebijakan publik yang dilakukan dengan cara memberikan bukti-bukti guna membentuk keputusan-keputusan atau kebijakan-kebijakan

Evaluasi formatif Evaluasi yang dirancang untuk menilai bagaimana program atau kebijakan sedang diimplementasikan dan berbagai pemikiran yang digunakan untuk memodifikasi dan mengembangkan program atau kebijakan sehingga membawa perbaikan signifikan.

Transfer pengetahuan Strategi untuk menggabungkan sejumlah kegiatan yang mempunyai "hubungan" dan potensi "penukaran" guna mengurangi benturan sosial, budaya dan teknik antara para peneliti dan kebijakan publik.

Monitoring Pengumpulan data rutin tentang kegiatan yang biasanya bertentangan dengan rencana dan kontrak.

Penelitian Kegiatan sistematis yang dirancang untuk menghasilkan pengetahuan baru dan menghubungkannya dengan pengetahuan lain yang sedang eksis sehingga berujung pada perbaikan pemahaman tentang dunia fisik dan sosial.

Evaluasi sumatif Evaluasi yang dirancang untuk mereduksi keputusan secara keseluruhan tentang kebijakan atau program yang relevan dengan keseimbangan biaya dan keuntungan.

Pendahuluan

Bab ini berfokus pada pembahasan tentang bagaimana penelitian dan evaluasi mempengaruhi kebijakan. Substansinya berkaitan langsung dengan cara-cara dan teknik-teknik baru untuk memperbaiki kesehatan, atau alasan-alasan di balik perubahan kebijakan-kebijakan. Proses kebijakan merupakan sebuah "siklus kebijakan" yang memiliki tiga tahap: (1) penyusunan agenda; (2) formulasi kebijakan; dan (3) implementasi kebijakan. Evaluasi merupakan tahap keempat dari siklus kebijakan. Sedangkan penelitian merupakan proses sistematis untuk menghasilkan pengetahuan baru dan menghubungkannya dengan pengetahuan yang sedang eksis sehingga berujung pada perbaikan pemahaman tentang dunia fisik dan sosial. Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode-metode, teori-teori dan asumsi-asumsi tentang pengetahuan yang sah. Penelitian terapan memerlukan pengetahuan baru yang diperoleh melalui penelitian "dasar" dan coba menerapkannya dalam memecahkan masalah-masalah praktis.

Penelitian kesehatan terdiri dari penelitian dasar (misalnya, berbasis laboratorium) dan penelitian terapan (misalnya, pelayanan kesehatan) dan menembus lintas batas disiplin keilmuan termasuk ilmu pengetahuan laboratorium, epidemiologi, ekonomi, antropologi, sosiologi dan ilmu pengetahuan manajemen. Secara fundamental, buku ini mengupas tentang teori-teori dan bukti-bukti dari ilmu politik dan analisis kebijakan yang memberikan kontribusi signifikan bagi penelitian kesehatan.

Pada dasarnya, "evaluasi" berbeda dengan penelitian. Tetapi mengingat evaluasi menggunakan metode-metode penelitian, dapat dikatakan bahwa keduanya mempunyai satu tujuan yakni sebagai "kegiatan berbasis ilmiah yang dilakukan untuk menilai kegiatan, dampak kebijakan

(publik) dan program aksi dengan menekankan implementasi kebijakan-kebijakan” (Rossi dan Wright, 1979). Sudah bukan rahasia lagi bahwa evaluasi *formatif* dan evaluasi *sumatif* memang berbeda. Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dirancang untuk memberi kontribusi langsung bagi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab program sehingga membentuk wajah program baik dalam proses pembentukan atau perancangan maupun implementasinya. Evaluasi formatif biasanya terjadi selama tahap awal program dan berfokus pada aktivitas dan proses menyampaikan nasehat secara langsung kepada para pengambil kebijakan. Ini bertujuan untuk memodifikasi dan mengembangkan program. Sebaliknya, evaluasi sumatif dirancang untuk menyediakan ruang bagi keputusan tentang kebijakan atau program. Dengan kata lain, evaluasi sumatif berfokus pada upaya mengukur dampak atau hasil dan tingkat pencapaian program yang telah memenuhi tujuan-tujuan tertentu. Evaluasi ini kemudian menghasilkan temuan-temuan dengan menggunakan metode-metode kuantitatif. Sedangkan evaluasi formatif menggunakan metode-metode kualitatif seperti observasi dan wawancara struktur terbatas (*semi-structured*).

Evaluasi-evaluasi dilihat sebagai bagian dari penelitian kebijakan yang relevan dalam konteks tugas formal para pengambil kebijakan dan penyedia atau sumber dana. Semuanya bermuara pada penilaian apakah kebijakan-kebijakan atau program-program telah berjalan dengan baik dan efek-efek apa yang telah terjadi. Dalam kerangka “siklus kebijakan” seperti yang telah dikemukakan, evaluasi digolongkan sebagai tahap keempat dan terakhir dalam menilai efektivitas kebijakan. Tetapi kebijakan ini merupakan proses terus-menerus sehingga memungkinkan adanya kontribusi evaluasi bagi realisasi tahap pertama pada siklus kebijakan dengan berpedoman pada porsi permasalahan menurut prinsip status quo dan kebijakan yang diperlukan.

Para pengambil kebijakan mempunyai akses terhadap “bukti-bukti” penelitian ilmiah. Penelitian berbeda dengan audit yang biasanya menguji tingkat pencapaian proses atau aktivitas yang berhubungan dengan standar-standar atau kriteria-kriteria kinerja yang ditetapkan sebelumnya (misalnya, mengecek apakah fasilitas-fasilitas dan staf di klinik sudah memadai untuk melayani bayi-bayi dengan selamat). Penelitian berbeda dengan *monitoring* yang merupakan pengumpulan data terus-menerus dan rutin tentang suatu aktivitas (seperti susunan kepegawaian) untuk meyakinkan publik bahwa segala sesuatu berjalan sesuai dengan rencana. Sedangkan untuk pemerintah, analisis *focus group* dan analisis *stakeholder* (yang akan Pembaca pelajari di Bab 10) dianggap sebagai bentuk monitoring. Baik audit maupun monitoring dapat digunakan untuk menyampaikan kebijakan dan informasi dari sumber lain seperti polling pendapat dan konsultasi dengan masyarakat. Akibatnya, *bukti*, dari sudut pandang pengambil kebijakan, merupakan konsep yang lebih luas cakupannya daripada sekedar ilmu pengetahuan yang berasal dari penelitian.

Namun gerakan intelektual yang bernama *pengobatan berbasis bukti* dimulai tahun 1990-an dan berguna untuk mendorong penggunaan bukti penelitian dalam mengambil keputusan-keputusan klinik praktis. Ada pula upaya untuk meningkatkan aplikasi temuan-temuan dari setiap tinjauan sistematis yang terkait dengan berbagai uji coba. Tahun 1990-an, gerakan itu berkembang menjadi *kebijakan berbasis bukti*. Para pendukung kebijakan ini ingin memberikan bukti penelitian yang lebih besar kepada publik yang kemudian berdampak signifikan bagi proses pengambilan keputusan atau kebijakan. Tujuannya adalah untuk menegaskan bahwa pengambilan keputusan berbasis bukti bisa didefinisikan sebagai “integrasi pengalaman, penilaian dan keahlian yang didukung oleh ketersediaan bukti-bukti eksternal dari setiap penelitian sistematis” (Davies, 1999). Dua formasi kebijakan ini merupakan reaksi terhadap dorongan dan keyakinan politik secara keseluruhan.

Bagaimana penelitian dan evaluasi mempengaruhi kebijakan?

Slogan-slogan seperti kebijakan berbasis bukti dan kata-kata bijak menarik lainnya pernah muncul dalam pemerintahan Inggris. Satu hal yang perlu dipertimbangkan adalah asumsi tentang

hubungan antara temuan penelitian dan kebijakan yang bersifat langsung dan relatif cepat. Kondisi ini dikenal dengan sebutan model *engineering* yang menekankan bahwa para pengambil kebijakan mengidentifikasi masalah dan para peneliti mengatasinya dengan menggunakan pengetahuan baru (misalnya, resiko kesehatan yang tidak diidentifikasi terlebih dahulu) yang mengarah pada perubahan kebijakan. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah rumusan pendekatan rasional dan linear dalam mengembangkan kebijakan seperti ulasan dalam Bab 2 yang mengatakan bahwa pilihan-pilihan kebijakan harus dilakukan dalam konteks pekerjaan yang profesional. Berbagai kritikan menyoroti tentang model rasional dalam pengambilan kebijakan tidak terkecuali model *engineering* yang menggaris bawahi hubungan antara penelitian dan kebijakan publik secara luas. Salah satu masalah yang mendesak adalah hubungan empiris antara hasil-hasil penelitian khusus dan perubahan-perubahan kebijakan. Harrison (2001) mengidentifikasi sekurang-kurangnya tujuh kondisi yang harus dipenuhi dalam melakukan penelitian dan praktek klinik termasuk kondisi-kondisi lain yang melingkupi kebijakan-kebijakan pada sektor kesehatan:

- Eksistensi pernyataan-pernyataan komprehensif berdasarkan tinjauan sistematis mengenai bukti-bukti penelitian
- Kemampuan untuk memahami pernyataan-pernyataan tersebut diperlukan dalam menyediakan petunjuk langsung pengambilan keputusan sesuai dengan kondisi-kondisi spesifik
- Pengetahuan tentang pernyataan-pernyataan pengambil kebijakan yang dinilai relevan
- Sumber-sumber yang memadai (misalnya, waktu) diperlukan untuk bertindak berdasarkan pernyataan dari setiap bukti penelitian yang bisa diakui otoritasnya
- Insentif yang cukup untuk menerapkan bukti-bukti penelitian
- Betapa pentingnya insentif (material dan nonmaterial) dalam menerapkan bukti-bukti penelitian
- Implementasi jangka pendek diperlukan untuk meyakinkan publik bahwa selalu ada implikasi dari bukti-bukti penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan.

Kesulitan lain dalam menerapkan model ini adalah asumsi tentang penelitian yang mendahului solusi kebijakan dan masalah yang dihadapi sebelumnya. Banyak contoh solusi kebijakan yang dikembangkan dan dilaksanakan tanpa mempertimbangkan apakah isi atau muatannya jelas dan apakah kebijakan demi kebijakan menjawab permasalahan. Misalnya, banyak kalangan yang berpendapat bahwa privatisasi dan sistem kontrak dalam sektor pelayanan publik di negara-negara berpenghasilan rendah merupakan solusi permasalahan yang belum tentu sesuai dengan kondisi-kondisi serupa di negara-negara lain.

Namun demikian, model rasional dan linear cocok untuk mengkaji hubungan antara penelitian dan kebijakan yang justru cenderung menyampaikan asumsi tentang pekerjaan para peneliti dan pengambil kebijakan. Untuk itu, dengan nada sindiran, Lomas (2000a) mengatakan bahwa kebijakan penelitian ibarat toko barang eceran dimana para peneliti sibuk memenuhi rak-rak toko dengan penelitian-penelitian yang relevan dan komprehensif. Tetapi di masa-masa mendatang para pengambil kebijakan akan ikut-ikutan memenuhi rak-rak serupa dengan penelitian-penelitian lain.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa kebijakan dibuat berdasarkan praktek dan mengarah pada konsep tidak langsung mengenai hubungan antara penelitian dan kebijakan. Hal ini dilandasi pemahaman bahwa kesimpulan penelitian dapat digunakan oleh para pengambil kebijakan untuk banyak kepentingan. Para peneliti mengamati bahwa pengetahuan dan pandangan baru muncul untuk menapis lingkungan politik seperti air yang jatuh di batu kapur: air meresap, hilang dalam pori-pori dan kemudian muncul tak terduga di tempat-tempat lain. Menurut Weiss (1979) pengandaian ini lebih akurat karena mengandung efek *pencerahan* untuk kehidupan. Konsep-konsep dan ide-ide bisa berasal dari penelitian dan kemudian disaring menjadi butir-butir kebijakan yang

membentuk proses-proses kebijakan dalam satu jaringan dan rangkaian yang saling berhubungan. Setiap konsep atau ide memiliki efek kumulatif dan tidak langsung. Tetapi efek yang sama tidak muncul begitu cepat atau langsung terhadap kebijakan lain. Misalnya, Kementerian Kesehatan Inggris memerlukan waktu selama tujuh tahun untuk berpikir sebelum akhirnya memahami dan menerima implikasi-implikasi merokok terhadap kesehatan terutama sejak diterbitkannya penelitian penting tentang bahaya merokok dan kanker paru-paru. Baru beberapa tahun kemudian untuk pertama kalinya negara itu memberlakukan larangan iklan rokok di media massa. Dari model ini jelas bahwa tujuannya utama penelitian dan para peneliti adalah untuk mencapai pencerahan ide dan paradigma berpikir tentang masalah di tengah masyarakat dan bukan untuk menyediakan jawaban-jawaban spesifik tentang teka-teki kebijakan publik. Di sini, "penelitian kurang dianggap sebagai pemecahan masalah tetapi malah menjadi proses argumentasi atau perdebatan yang menimbulkan kepedulian dan penyusunan agenda-agenda" (Black, 2001).

Kegiatan 9.1

Membandingkan dan mengkontraskan model *engineering* (atau pemecahan masalah) dan bagaimana penelitian mempengaruhi kebijakan yang didasarkan pada model pencerahan. Pembaca perlu memikirkan beberapa keterbatasan dari setiap pendekatan.

Feedback

Jawaban pembaca mungkin dapat terangkum dalam poin-poin pada **Tabel 9.1**.

Tabel 9.1 Perbedaan-perbedaan antara model "*engineering*" dan "pencerahan" yang berkaitan dengan pengaruh penelitian terhadap kebijakan

<i>Model engineering atau pemecahan masalah</i>	<i>Model pencerahan</i>
Melihat hubungan antara penelitian dan kebijakan dalam perspektif entitas yang rasional dan berurutan	Melihat hubungan sebagai entitas yang tidak langsung dan tidak logis atau tidak jelas
Suatu masalah ada karena penelitian dasar telah mengidentifikasinya	Masalah tidak selalu diketahui, atau sekurang-kurangnya tidak diketahui dengan cepat
Penelitian terapan dilakukan untuk membantu memecahkan masalah	Mungkin diperlukan jangka waktu tertentu untuk mengetahui hubungan antara penelitian dan dampaknya terhadap kebijakan. Kebanyakan penelitian mengembangkan cara-cara berpikir baru dan bukan dalam bentuk solusi-solusi terhadap masalah-masalah khusus
Penelitian diterapkan untuk membantu memecahkan masalah yang berhubungan dengan kebijakan. Penelitian menghasilkan solusi kebijakan yang diinginkan	Penelitian mempengaruhi kebijakan yang kompleks dan tersembunyi. Para pengambil kebijakan tidak mau bertindak berdasarkan hasil-hasil penelitian
Jarang bahkan tidak pernah ada deskripsi yang mengulas tentang hubungan antara penelitian dan kebijakan pekerjaan terutama dalam praktek klinik	Bagaimana penelitian mempengaruhi kebijakan tidak langsung melalui "kotak hitam" yang fungsinya malah tersembunyi dan tidak pernah dijelaskan

Para peneliti lain melihat hasil penelitian secara keseluruhan dalam bidang politik sebagai instrumen yang digunakan oleh pemerintah yang berkuasa dan kelompok kepentingan untuk mengatasi penyebab-penyebab masalah. Model ini menganggap bahwa peneliti adalah amunisi untuk mendukung posisi-posisi yang telah ditentukan sebelumnya atau untuk menunda atau menghalangi keputusan politik yang tidak menyenangkan (Weiss, 1979). Ada dukungan data empiris

untuk pandangan yang agak sinis ini karena berkaitan dengan ciri-ciri politik dan kegunaan penelitian. Contoh klasik yang terjadi berulang-ulang adalah penggunaan strategi penelitian untuk pemerintah yang mengatakan bahwa keputusan diambil bukan berdasarkan persoalan yang diperdebatkan. Untuk itu, penelitian dan analisis lanjutan diperlukan untuk menentukan komisi penyelidikan selama beberapa tahun sebelum melakukan pekerjaan penting. Jelas bahwa aksi ini berdampak pada solusi permasalahan dari agenda kebijakan. Dengan mengharapkan adanya solusi, menteri terkait mudah-mudahan berada di kantor ketika laporan aneh tiba dari komisi khusus yang menangani masalah-masalah yang menjadi wewenang dan tanggung jawabnya.

Contoh lain adalah kegunaan temuan penelitian dalam bidang kesehatan publik. Para peneliti melakukan interpretasi terhadap setiap temuan dengan menggunakan istilah-istilah "strategis" yang berkaitan dengan penurunan prevalensi nol HIV di Uganda pada tahun 1990-an. Bukti-bukti epidemiologis menjadi indikasi perbaikan situasi, komentar dan diskusi. Hal ini didominasi oleh "headline" media tentang penurunan signifikan prevalensi nol tersebut dari semula 30 % menjadi 10 % antara tahun 1992 dan 1996. Perkhurst (2002) berpendapat bahwa interpretasi yang selektif tetapi tidak kritis tentang bukti semacam ini merupakan tekanan terhadap donatur dan masyarakat internasional untuk menunjukkan kesuksesan dalam upaya global anti AIDS dan keinginan pemerintah Uganda untuk melaksanakan program HIV/AIDS semaksimal mungkin. Hal menarik lainnya adalah bahwa negara itu memaksimalkan peran dunia internasional untuk membantu pemerintah dalam mengatasi HIV/AIDS secara serius sehingga menuai hasil-hasil yang positif.

Dalam konteks politik, model yang kurang baik dari hubungan antara penelitian dan kebijakan disebut model *efinitas* (daya tarik) *elektif*. Teori ini mengatakan bahwa kebijakan masyarakat merupakan reaksi positif terhadap temuan-temuan dan pandangan-pandangan penelitian. Namun ini semua akan efektif jika anggota-anggota masyarakat (para peneliti) telah berpartisipasi dalam proses penelitian, berbagai temuan disebarkan pada saat yang tepat dalam kaitannya dengan proses pengambilan keputusan, implikasi-implikasi temuan mengandung nilai-nilai dan kepercayaan-kepercayaan publik yang berguna dalam pengambilan kebijakan (Short, 1997). Pada dasarnya, pendekatan ini menekankan tentang pentingnya kecocokan ideologi antara para peneliti dan pengambil kebijakan. Pada saat tertentu terjadi kontak antara para peneliti dan pengambil kebijakan (lihat pola "hubungan" di bawah ini, sebagai bagian dari kemungkinan bahwa penelitian digunakan dalam mengambil kebijakan). Indikasi ini merupakan tanda bahwa penelitian perlu memperkenalkan pemikiran dan tantangan. Tetapi ini semua diabaikan dalam kondisi status quo karena dianggap sesuai dengan ideologi para pembuat kebijakan yang sedang berkuasa dan berperan dominan. Jika tidak cocok, mungkin penelitian akan memainkan peran *pencerahan* yang memerlukan jangka waktu lama dengan berbagai konsekuensi yang mungkin terjadi.

Terlepas dari model *engineering*, semua model ini mengatakan bahwa penelitian dan evaluasi hanya sebagai bagian dari satu input untuk satu proses kebijakan yang kompleks. Secara implisit dinyatakan bahwa dukungan terhadap para peneliti dan pengambil kebijakan berasal dari kelompok-kelompok homogen yang memiliki pandangan-pandangan yang sama atau berbeda dengan kelompok-kelompok lain. Kenyataannya, pandangan tentang dua penelitian dan kebijakan masyarakat menekankan bukan hanya tentang teori-teori hubungan, tetapi juga pemikiran praktis tentang bagaimana hubungan dapat dan harus diperbaiki. Dua model masyarakat menegaskan pandangan lain bahwa para peneliti dan pengambil kebijakan hidup dalam kebudayaan berbeda dan berpikir berdasarkan asumsi-asumsi berbeda pula tentang hal-hal penting yang berhubungan dengan dunia dan kehidupan.

Kegiatan 9.2

Untuk membuktikan dua hipotesis masyarakat, tuliskan dua perbedaan antara para peneliti universitas dan pegawai pemerintah (PNS) terkait dengan jenis-jenis kegiatan yang melibatkan mereka, tingkah laku mereka terhadap penelitian, tanggung jawab mereka, prioritas-prioritas mereka, bagaimana mereka membangun karier dan mendapatkan penghargaan-penghargaan, pelatihan dan pengetahuan mereka, kendala-kendala organisasi yang mereka hadapi, dan lain-lain.

Feedback

Tabel yang pembaca buat mungkin sama dengan **Tabel 9.2**.

Kendala-kendala dalam menggunakan penelitian

Ketika pembaca melengkapi tabel di atas, mungkin pembaca mulai berpikir tentang faktor-faktor yang mengintervensi proses menerjemahkan penelitian ke dalam kebijakan atau tindakan. Mungkin pula banyak kendala sedang menghalangi pencapaian proses itu. Dua perspektif masyarakat tentang realitas ini berfokus pada kendala-kendala yang berhubungan dengan pertanyaan-pertanyaan yang mungkin menarik perhatian para peneliti dan pengambil kebijakan untuk menjawabnya. Masalah-masalah muncul ketika pembaca berada dalam proses menerjemahkan, menyebarkan dan mengkomunikasikan temuan-temuan penelitian. Tetapi masih banyak rintangan yang lebih berat yang berkaitan langsung dengan ciri-ciri kebijakan publik dan politik.

Faktor-faktor politik dan ideologis

Sebagai partisipan, mulai sekarang pembaca harus membiasakan diri dengan pandangan bahwa "kebijakan" adalah proses yang terjadi dalam konteks tertentu dan dipengaruhi oleh nilai-nilai dan kepentingan-kepentingan tertentu pula. Konsekuensinya, politik dan ideologi mempengaruhi pembaca dalam menggunakan penelitian. Misalnya, siapa yang memulai dan melakukan evaluasi dan mengapa itu dibutuhkan akan turut mempengaruhi seberapa jauh penelitian pembaca memberikan kontribusi pada para pengambil kebijakan. Di negara-negara berpenghasilan rendah, evaluasi program-program kesehatan publik merupakan persyaratan untuk donatur eksternal, basis keputusan-keputusan untuk menentukan apakah dukungan pendanaan dilanjutkan atau tidak. Program-program serupa cenderung dilakukan para ahli dari negara lain yang diangkat dan ditugaskan oleh para donatur. Akibatnya, evaluasi-evaluasi mungkin kurang diminati oleh pemerintah nasional di suatu negara atau pihak-pihak yang bekerja dalam program-program ini. Dengan demikian, pengabaian terhadap kualitas teknis analisis dalam setiap program tak terhindarkan, bahkan jika kenyataan ini memang mempengaruhi keputusan-keputusan para donatur.

Secara umum, keabsahan dan kualitas kinerja penelitian sangat penting bagi setiap kebijakan tetapi ciri-ciri ini saja tidak cukup untuk menjamin pengaruh-pengaruh lain. Konteks politik dan ideologi bermanfaat dalam menginterpretasi dan menggunakan bukti penelitian. Di akhir tahun 1990-an, Presiden Afrika Selatan, Thabo Mbeki, secara kontroversial menolak pandangan ilmiah konvensional yang mengatakan bahwa virus HIV berkaitan dengan AIDS dan mendukung posisi sebagian kecil ahli yang tidak setuju. Oleh karena itu, presiden mempertanyakan pandangan bahwa AIDS merupakan infeksi virus yang kebanyakan tertular melalui hubungan seks.

Tabel 9.2. Model "dua masyarakat" untuk para peneliti dan pengambil kebijakan

	Para peneliti universitas	Para pegawai pemerintah (PNS)
Kerja	Proyek-proyek penelitian yang berlainan dan terencana dengan menggunakan metode-metode ilmiah, dirancang untuk memperoleh hasil-hasil akurat, dan dapat disejajarkan dengan pekerjaan ilmiah lain (berfokus pada pengetahuan); biasanya mempunyai spesialisasi dalam bidang penelitian dan pengetahuan	Tuga-tugas yang dilakukan terus-menerus dan tidak direncanakan, menekankan negosiasi dan kompromi antara daya tarik dan tujuan. Penilaian memungkinkan munculnya kebijakan dan nasehat seputar keputusan-keputusan khusus (berfokus pada keputusan). Sering digunakan untuk pekerjaan yang sarat dengan persoalan-persoalan berbeda
Tingkah laku terhadap penelitian	Diakui melalui kontribusi penelitian terhadap pengetahuan sah; temuan-temuan mengarah pada investigasi lebih lanjut	Hanya satu input dari banyak input untuk pekerjaan mereka; diakui melalui relevansi dan kegunaannya yang praktis (misalnya, dalam pengambilan keputusan); beberapa sikap skeptis tentang temuan-temuan dan pengalaman-pengalaman mereka
Akuntabilitas	Terutama untuk para peneliti, tetapi juga untuk penyedia atau sumber dana	Terutama untuk para politisi, tetapi juga untuk publik secara tidak langsung
Prioritas-prioritas	Ekspansi kesempatan-kesempatan penelitian dan pengaruh para ahli di dunia	Menjaga sistem <i>good governance</i> dan memuaskan para politisi
Karier/penghargaan	Dibangun secara besar-besaran melalui publikasi jurnal-jurnal ilmiah dan pengenalan melalui para peneliti dan bukan melalui dampak praktis	Dibangun melalui manajemen kesuksesan terkait dengan proses-proses politik yang kompleks, bukan melalui penggunaan temuan-temuan penelitian tentang pengambilan kebijakan
Pelatihan dan pengetahuan dasar	Pelatihan tingkat tinggi, biasanya spesialisasi dalam satu disiplin; pengetahuan sedikit tentang pengambilan kebijakan	Sering, meskipun tidak selalu, fleksibel; sedikit atau tidak ada pelatihan ilmiah
Kendala-kendala organisasi	Relatif sedikit (kecuali sumber daya); tingkat kebijaksanaan yang tinggi, misalnya dalam memilih fokus penelitian	Ditambahkan melalui birokrasi besar, mandiri dan bekerja dalam batas-batas politik, seringkali pada jangka waktu yang singkat
Nilai-nilai/orientasi	Sangat menghargai kemerdekaan berpikir dan bertindak, kepercayaan dalam penelitian yang tidak memihak untuk setiap ilmu pengetahuan mana pun	Berorientasi pada pemberian nasehat, tetapi berpedoman pada konteks praktis dan keputusan-keputusan spesifik

Kegiatan 9.3

Menurut pembaca, mengapa Presiden Mbeki tertarik dengan posisi ilmiah para ahli yang tidak sependapat mengenai hubungan antara HIV dan AIDS?

Feedback

Pembaca boleh mengusulkan satu atau lebih alasan sebagai berikut:

1. Bagi Presiden Mbeki, pandangan demikian bermaksud untuk mengecilkan sindiran rasisme bahwa prevalensi AIDS yang tergolong tinggi di Afrika Selatan merupakan akibat tingkah laku seksual penduduk kulit hitam Afrika Selatan dan penduduk Afrika kulit hitam secara keseluruhan.
2. Penegasan ini merupakan hak pemerintah terpilih kala itu untuk memutuskan tidak hanya menyangkut siapa yang mempunyai hak berbicara tentang AIDS dan menentukan tanggapan yang sesuai, tetapi selebihnya siapa yang mempunyai hak untuk mendefinisikan apa sesungguhnya masalah HIV/AIDS.
3. Dukungan sang Presiden mengarah pada titik kontras antara ilmu pengetahuan asli Afrika Selatan dan ilmu pengetahuan Barat konvensional yang mengacu pada penelitian di luar Afrika.
4. Pandangan Presiden Mbeki hendak memberikan ruang bagi pemerintahan baru pasca sistem politik apartheid dan pemerintah Kongres Nasional Afrika guna memperkuat identitas diri sebagai pemimpin di Afrika dalam perjuangan dan ketahanan melawan dominasi penelitian bio-medis yang dilakukan oleh bekas negara-negara penjajah dan negara-negara kaya lain.

Tentu, tidak hanya pendekatan politisi dan kegunaan-kegunaan penelitian yang bisa dibentuk menjadi ideologi. Penelitian memerlukan sumber daya dan peneliti yang harus menerapkan banyak sumber daya publik dan swasta untuk mendukung proyek-proyek. Pada gilirannya, dewan pengurus dana publik dan swasta ikut mempengaruhi penelitian mana yang akan direalisasikan dan para peneliti mana yang akan diseleksi untuk melakukan penelitian. Secara global, pembagian total dana penelitian kesehatan dari pemerintah mengalami penurunan, sementara total pengeluaran meningkat sesuai dengan syarat-syarat riil. Tahun 2001, misalnya, 44 % dari jumlah dana (bandingkan 47% pada tahun 1998) dan 48% lainnya berasal dari sektor swasta yang berorientasi profit dan 8% dari sektor swasta berorientasi non-profit (*Global Forum on Health Research, 2004a*). Peningkatan pembagian pengeluaran swasta berorientasi profit merupakan refleksi peningkatan biaya farmasi baru di pasaran. Biaya tinggi untuk mengembangkan obat-obat baru ini bisa berarti bahwa perusahaan-perusahaan akan berinvestasi melalui produk-produk yang menjadi target pasar paling menguntungkan di negara-negara berpenghasilan rendah. Tetapi penelitian yang dibutuhkan oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah akan menjadi target yang kurang diprioritaskan.

Pada awal tahun 1990-an, 75% dana penelitian perusahaan farmasi mengalir ke kantong para peneliti universitas yang umumnya tertarik pada penyebaran atau pengungkapan temuan-temuan penelitian mereka untuk masyarakat secara keseluruhan. Pada tahun 2000, proporsi ini menurun menjadi 34% dan sisanya untuk penelitian *in-house* atau penelitian institusi swasta yang bekerja sama dengan industri atau industri periklanan (Petersen, 2002). Bahkan jika tidak ada intervensi langsung penelitian swasta yang dilakukan di luar universitas, semakin jelas bahwa insentif untuk para peneliti akan digunakan untuk menghasilkan temuan-temuan yang mempertahankan aliran dana dari pihak sponsor. Misalnya, meskipun data-data penelitian digunakan oleh perusahaan-perusahaan sponsor, semuanya tersedia untuk kebutuhan publik. Hasil-hasilnya juga diinterpretasikan dalam perspektif dukungan publik terhadap industri farmasi dan menghindari kritikan terhadap efektivitas obat-obat baru.

Faktor lain yang berhubungan dengan dana penelitian swasta adalah fungsi kontrol terutama mengenai kepemilikan temuan-temuan penelitian yang diberikan pada penyedia dana atau donatur sehingga mereduksi keanehan penggunaan penelitian secara luas. Misalnya, Boots, perusahaan farmasi terkemuka Inggris, mendanai penelitian tentang efektivitas obat hasil produksinya, *Syntharoid* dan setelah melewati rentetan uji coba berskala kecil, diketahui bahwa obat tersebut lebih baik daripada obat-obat alternatif lain. Meskipun banyak penelitian yang tidak membawa keuntungan, Boots bisa mengupahi para peneliti lain untuk menganalisis dan menginterpretasi kembali data-data dan mencegah publikasi temuan-temuan selama tujuh tahun berikutnya yang dianggap sebagai jangka waktu penjualan obat dengan sukses (Rampton dan Stauber, 2001).

Selain itu, baik para penyedia dana maupun peneliti dipengaruhi oleh *trend* sosial, ekonomi dan budaya sekarang. Misalnya, kombinasi pengurangan ekonomi dalam realitas pertumbuhan ekonomi yang melemah dan ideologi pasar bebas yang dominan di banyak negara Barat tahun 1990-an bermuara pada pemusatan pandangan antara para peneliti, penyedia dana dan pembuat kebijakan. Fox (1990) menyebut fenomena ini dengan istilah model penelitian ekonomi dalam sektor kesehatan atau sektor-sektor lain. Ini berarti bahwa diperlukan efisiensi dan nilai uang yang berhubungan dengan lembaga-lembaga pasar bebas dan dominasi cara berpikir yang didasarkan pada tinjauan ekonomi. Di sini, jelas bahwa iklim atau kondisi riil sekarang ikut membentuk penelitian yang tersedia bagi akses dan kegunaan tertentu.

Dengan mengabaikan kepentingan publik dan swasta, perubahan-perubahan ideologis, dampak penelitian pada kebijakan dalam bidang kesehatan dibentuk oleh kepentingan negara-negara berbeda dengan sumber daya ekonomi berbeda dalam mendukung penelitian tentang masalah-masalah kesehatan yang relevan dengan keadaan-keadaan sekarang. Secara global, sekitar US\$106 milyar dikeluarkan untuk penelitian kesehatan tahun 2004, dengan alokasi 10% digunakan untuk masalah-masalah di negara-negara berpenghasilan rendah yang berjumlah 90% dari beban penyakit global yang diukur dalam kaitannya dengan ketidakmampuan selama bertahun-tahun (*Global Forum for Health Research, 2004a*). Hal ini telah digambarkan sebagai "10/90 gap" oleh negara-negara yang menuntut adanya distribusi upaya kesehatan global yang merata. Alasannya adalah negara-negara miskin kurang menggunakan penelitian. Padahal, fakta menunjukkan bahwa sangat sedikit penelitian dasar dan terapan yang terkait dengan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi negara-negara tersebut. Misalnya, dari 1.233 obat yang mencapai pasar global antara 1975 dan 1997, hanya 13 (1%) yang digunakan untuk memerangi penyakit-penyakit infeksi di daerah-daerah tropis yang sangat mempengaruhi kehidupan penduduk-penduduk miskin (*Global Forum for Health Research, 2004b*).

Kebijakan dan ketidakpastian ilmiah

Dalam kaitannya dengan evaluasi-evaluasi kebijakan atau program, interpretasi dan penggunaan temuan-temuan bisa berbeda-beda karena dua alasan: tujuan dan cakupan program-program terlalu luas dan terbuka pada interpretasi dan efek-efek serta pengaruh-pengaruh lain terhadap kepentingan dan hasil-hasil evaluasi yang tergolong tidak memuaskan. Tentu, ada satu hal yang pada umumnya diterima oleh publik. Semakin baik rancangan evaluasi, semakin kecil efek yang bisa diimplementasikan. Mungkin sulit bagi para pengambil kebijakan untuk mengetahui fakta bahwa evaluasi gagal menunjukkan hasil-hasil program karena kesulitan metodologi intrinsik dalam menguraikan kontribusi spesifik program. Misalnya, karena pengaruh faktor-faktor lain, apakah program yang sama gagal mencapai tujuan-tujuannya. Hal ini terkait dengan kebijakan-kebijakan yang secara khusus dirancang untuk mengatasi masalah-masalah pelik seperti kemiskinan anak-anak atau kesehatan yang buruk pada usia dini. Realitas ini cenderung menjadi program paling penting yang sangat menarik untuk kepentingan dan debat publik.

Jika ada sedikit persetujuan tentang tujuan-tujuan utama program dan bagaimana perkembangan-perkembangannya, evaluasi tentang kebijakan-kebijakan mau tidak mau terbuka pada interpretasi-interpretasi. Misalnya, suatu program bisa memperbaiki keadilan tetapi juga bisa merusak efisiensi, namun di sini, tujuan-tujuan program akan mendeskripsikan standar-standar pencapaian yang disesuaikan dengan setiap tujuan terutama poin-poin yang menonjol tentang keadilan dan peningkatan efisiensi.

Beberapa poin penting lainnya tentang interpretasi dan kegunaan penelitian berhubungan dengan penyamarataan dan relevansinya terhadap konteks kebijakan. Bila menghadapi penelitian dari lembaga-lembaga lain yang tidak mendukung garis kebijakan, pastikan bahwa para pembuat kebijakan cenderung mengabaikan aspek penyamarataan dan relevansi dalam penelitian. Sebaliknya, para ilmuwan cenderung menekankan penyamarataan temuan-temuan mereka terhadap keadaan-keadaan yang lebih luas cakupannya.

Konsep-konsep berbeda tentang resiko

Konsep-konsep individu tentang resiko membentuk cara berpikir dan memahami bukti-bukti yang mempengaruhi kebijakan-kebijakan dalam sektor kesehatan. Konsep-konsep tentang kemungkinan kerusakan lingkungan biasanya melampaui persepsi-persepsi masyarakat tentang resiko-resiko kerusakan yang diakibatkan oleh alkohol, tembakau atau diet tidak seimbang, terlepas dari kenyataan bahwa banyak orang yang berisiko mengidap penyakit di satu kelompok masyarakat tetapi tidak demikian untuk orang di kelompok masyarakat yang lain.

Media massa memperkuat persepsi-persepsi ini dengan berfokus pada hal-hal dramatis, jarang dan baru terjadi. Dengan demikian, media massa menonjolkan sejumlah penelitian baru yang berpotensi menekan para politisi sehingga berada dalam tekanan untuk segera bertindak di tengah keraguan atau minimnya bukti-bukti yang diekspos. Misalnya, melalui berbagai laporan, media massa di Inggris tahun 2002-2003 menonjolkan resiko potensial autisme yang berhubungan dengan vaksinasi penyakit campak, gondok dan rubella (MMR). Dalam kasus MMR, risikonya sangat kecil dan penelitian berikutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara autisme dan vaksin MMR. Namun, karena ekspos media massa menimbulkan ketakutan, banyak orang tua yang memilih untuk tidak mengizinkan anak-anak mereka divaksin sehingga tindakan ini mempengaruhi orang tua lain termasuk resiko kesehatan yang lebih berbahaya. Ekspos berita media massa mengakibatkan masyarakat cemas dan mereka menekan pemerintah untuk bertindak agar mengurangi resiko-resiko kesehatan. Kejadian ini muncul sebelum peninjauan semua bukti yang kemudian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara autisme dan MMR. Pemerintah melawan setiap tekanan yang menghendaki perubahan kebijakan imunisasi anak-anak meskipun pada saat itu masyarakat menilai bahwa tindakan ini tidak populer.

Manfaat penelitian

Dewasa ini, para peneliti, tetapi terutama ilmuwan sosial, cenderung melakukan penelitian yang berguna dan bermanfaat bagi publik. Kemampuan mereka untuk melakukan penelitian bergantung pada informasi yang digunakan. Weiss (1991) mengidentifikasi tiga bentuk input dasar penelitian yang dibangun untuk membedakan tahap-tahap dalam setiap penelitian:

- Data-data dan temuan-temuan
- Ide-ide dan kritikan bisa berasal dari temuan-temuan dan merepresentasikan model pencerahan yang menekankan bahwa penelitian mempengaruhi kebijakan
- Argumen-argumen aksi bisa berasal dari temuan-temuan dan ide-ide yang dibangun melalui penelitian sehingga memperluas peran peneliti dalam konteks advokasi atau pembelaan

Setiap jenis penelitian berguna dalam situasi-situasi yang berbeda. Weiss berpendapat bahwa data-data dan temuan-temuan obyektif sangat berguna terutama ketika para pengambil kebijakan mengetahui masalah dan ada konsensus tentang sejumlah tanggapan terhadap kebijakan. Penelitian berperan untuk membantu memutuskan opsi mana yang perlu dilakukan.

Ide-ide dan kritikan sangat berguna dalam sistem kebijakan terbuka dan pluralistik yang dapat dibedakan melalui beberapa jaringan kebijakan dan komunikasi yang stabil antara satu sama lain. Dengan demikian, tidak ada kepastian tentang ciri-ciri masalah yang berhubungan dengan kebijakan (apakah suatu masalah memang ada dan memerlukan perhatian) tetapi mungkin ada tanggapan-tanggapan yang perlu disampaikan.

Penelitian digunakan sebagai argumen ketika ada tingkatan konflik yang muncul dalam suatu permasalahan. Tetapi secara eksplisit konflik ini harus diatasi dengan pendekatan politik sebelum konflik demi konflik memberikan dampak yang lebih luas. Kegunaannya bergantung pada keterampilan-keterampilan melobi para peneliti dan apakah politisi yang memahami kebijakan-kebijakan menyetujui nilai-nilai dan tujuan-tujuan penelitian. Jika tidak, penelitian akan diabaikan atau ditolak. Jadi, inilah strategi yang beresiko tinggi bagi para peneliti karena mereka dituntut untuk mengabaikan atau meninggalkan status mereka sebagai para ahli yang tidak tertarik dan mulai memasuki arena yang sarat dengan kekacauan dan kekuasaan argumen politik.

Pengaturan waktu

Faktor lain yang berpengaruh dalam mengambil kebijakan penelitian adalah pengaturan waktu. Para pengambil keputusan sering mengkritisi para peneliti karena terlalu lama mengambil tindakan terutama ketika mereka menghadapi tekanan. Para peneliti terkadang berpengaruh karena temuan-temuan mereka terjadi dan muncul di saat-saat yang tepat. Tetapi proses pengembangan kebijakan semacam ini tidak bisa diprediksi dan bahkan sulit pula untuk menjabarkannya dalam rencana proyek penelitian. Seharusnya ada keseimbangan antara pengaturan waktu dan kualitas penelitian yang lebih transparan bagi para peneliti. Tetapi, kualitas penelitian tidak menjamin bahwa para pengambil kebijakan akan memperhatikan penelitian yang dinilai cocok dengan kebijakan-kebijakan mereka. Pertama-tama, perkiraan yang masuk akal dan teliti tentang korban meninggal yang berkaitan dengan invasi Amerika Serikat ke Irak tahun 2003 dipublikasikan dalam *Lancet* (Roberts dkk, 2004) oleh Inggris dan sekutu-sekutunya. Tetapi, perkiraan ini sangat ditanggapi secara skeptis oleh para menteri dari kedua negara karena ada perbedaan mencolok antara perkiraan jumlah korban tewas yang sekarang tinggi dan perkiraan sebelumnya yang tergolong rendah. Sayangnya, metode-metode penelitian yang digunakan sangat bagus tetapi perkiraan hasilnya malah berbeda.

Komunikasi dan reputasi

Seperti yang dijelaskan di atas, penelitian tentang kematian di Irak menunjukkan bahwa akses penelitian memudahkan jalinan komunikasi yang mempunyai hubungan dengan penggunaan penelitian dan tujuan-tujuan kebijakan. Semakin kompleks, tidak jelas dan tidak menentu hasil-hasil dan pembahasan temuan-temuan penelitian, maka semakin berkurang perhatian dan penerimaan terhadap hasil-hasil dan pembahasan temuan-temuan tersebut. Di sisi lain, jika perubahan struktur yang radikal terhadap lembaga-lembaga dan masyarakat terus disuarakan, komunikasi yang bagus dalam penelitian tidak akan berarti apa-apa. Dampak lanjutannya jelas, penelitian ini akan diabaikan atau bahkan ditolak. Kualitas penelitian, reputasi para peneliti dan institusi (dimana pun basisnya) mempengaruhi para pengambil kebijakan untuk menerima penelitian berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu.

Reaksi politik dan media terhadap penelitian tentang angka kematian di Irak membuktikan semua pertimbangan ini. Secara proporsional, fakta menunjukkan bahwa para peneliti menyajikan hasil-hasil penelitian dalam bentuk perkiraan-perkiraan (termasuk beberapa perkiraan yang lebih rendah daripada perkiraan-perkiraan sebelumnya dengan menggunakan metode berbeda). Dari ulasan ini jelas bahwa kebenaran bisa membingungkan satu pihak dan membolehkan pihak lain untuk menggambarkan perkiraan demi perkiraan sebagai "kelunakan/kelembekan" dalam membandingkannya dengan perkiraan-perkiraan sebelumnya. Namun, patut dicatat bahwa para peneliti adalah ilmuwan-ilmuwan dari lembaga terkemuka *John Hopkins School of Public Health* di Amerika Serikat (dan lembaga-lembaga lain) yang mempunyai reputasi tinggi. Dengan demikian, memang sulit untuk mengabaikan atau menolak penelitian-penelitian mereka secara keseluruhan. Akhirnya, pengaturan waktu publikasi memainkan peran penting sehingga penelitian-penelitian mereka bisa diterima. Beberapa karya mereka muncul sebelum pemilihan presiden 2004 dan momen ini penting di saat perang Irak menjadi isu sentral antara penantang partai Demokrat dan presiden *incumbent* dari partai Republik. *Lacent* dan para peneliti tidak luput dari sorotan karena cepat mengikuti publikasi penelitian hanya untuk alasan-alasan politik. Tetapi para ilmuwan percaya bahwa semakin cepat perkiraan-perkiraan yang lebih tinggi mencapai ranah publik, semakin baik relevansi keputusan-keputusan mengenai pihak penuntut perang di kemudian hari.

Kegiatan 9.4

Mengingat setiap *kendala* potensial dalam penelitian diterima dan digunakan oleh para pengambil kebijakan, maka Pembaca perlu mengidentifikasi satu atau dua cara untuk mengatasinya.

Feedback

Cara-cara utama untuk mengatasi kendala-kendala potensial tersebut disajikan dalam paragraf-paragraf berikut ini. Pembaca bisa menambahkan daftar cara-cara yang menurut pembaca relevan.

Memperbaiki hubungan antara penelitian dan kebijakan

Sejak pertengahan tahun 1990-an, eksploitasi kepentingan terjadi dalam bidang kesehatan terutama yang terkait dengan penggunaan gagasan-gagasan dan model-model berbeda mengenai hubungan antara penelitian dan kebijakan. Penegasan ini berujung pada konsep *dua masyarakat* dan upaya untuk mereduksi kendala-kendala penggunaan penelitian bagi pengambilan kebijakan dan manajemen sistem kesehatan yang masih relevan dengan tujuan "kebijakan berbasis bukti." Pada tahap-tahap awal gerakan ini, fokus perhatian mengarah pada perbaikan arus informasi bagi para pengambil kebijakan melalui penyebaran temuan-temuan penelitian yang lebih baik (misalnya, para peneliti termotivasi untuk menghasilkan ringkasan-ringkasan temuan penelitian mereka dan coba mengambil kebijakan dari implikasi-implikasi praktis dalam karya-karya mereka). Penekanan ini konsisten dengan upaya perbaikan fungsi model *engineering* penelitian dan kebijakan termasuk perbaikan *penyebaran* ide-ide dan gagasan-gagasan penelitian. Kebijakan bisa berasal dari bukti yang menunjukkan bahwa inovasi-inovasi menyebar dalam berbagai sektor ekonomi (Rogers, 1995). Hal ini didasarkan pada konsep pencerahan dengan membangun pola hubungan antara penelitian dan kebijakan yang ternyata mempunyai kesamaan. Untuk itulah, fokus perhatian berubah ke strategi-strategi "*transfer pengetahuan*" yang lebih aktif (Denis dan Lomas, 2003).

Langkah-langkah dan nasehat-nasehat praktis yang diinspirasi oleh hipotesis dua masyarakat untuk mereduksi "gap" antara penelitian dan kebijakan

Tabel 9.3 meringkas langkah-langkah praktis yang mendorong para peneliti dan pengambil kebijakan untuk memperbaiki penyebaran penelitian.

Tabel 9.3 Langkah-langkah praktis mereduksi "gap" antara penelitian dan kebijakan

Langkah-langkah yang dilakukan para peneliti	Langkah-langkah yang dilakukan para pengambil kebijakan
Menyediakan berbagai jenis laporan penelitian termasuk laporan berkala, risalah eksekutif, surat kabar, dll. Semuanya ditulis dengan gaya penulisan yang bisa diakses, bebas jargon dan tersedia untuk publik (misalnya, dengan mengupahi para wartawan, laporan penelitian akan diterjemahkan ke dalam bahasa awam atau para peneliti pelatihan yang lebih populer dan bisa diakses dengan mudah)	Membangun saluran-saluran komunikasi informal dan mekanisme-mekanisme laporan dengan melibatkan para peneliti dan pengambil kebijakan untuk mengidentifikasi pertanyaan-pertanyaan penelitian, mengembangkan rancangan-rancangan penelitian dan merencanakan penyebaran dan kegunaan temuan-temuan bersama-sama
Menyiapkan konferensi, seminar, <i>briefing</i> dan loka karya praktis untuk menyebarkan temuan-temuan penelitian dan mendidik para pengambil kebijakan melalui penelitian	
Menghasilkan laporan-laporan sementara untuk meyakinkan publik bahwa temuan-temuan diekspos tepat waktu	
Menyertakan implikasi-implikasi kebijakan praktis dalam laporan penelitian	Meyakinkan publik bahwa semua kebijakan dan program utama mempunyai standar-standar evaluasi berdasarkan anggaran-anggaran dan rencana-rencana implementasi. Tetapi evaluasi bukan merupakan sebuah pilihan ekstra
Mengidentifikasi opini para pemimpin dan inovator dan meyakinkan publik bahwa mereka memahami implikasi-implikasi dalam temuan-temuan penelitian	
Melakukan tinjauan sistematis terhadap temuan-temuan penelitian tentang pertanyaan-pertanyaan relevan yang berhubungan dengan kebijakan sehingga dapat mendorong para pengambil kebijakan untuk mengakses informasi dengan lebih mudah	Menerbitkan temuan-temuan dalam evaluasi-evaluasi program publik dan memandang evaluasi sebagai kesempatan untuk mempelajari kebijakan
Menjaga hubungan baik dengan para pengambil kebijakan potensial melalui proses penelitian	Membentuk komisi penelitian dan evaluasi secara langsung dan mempertimbangkan kapasitas penelitian <i>in-house</i> tambahan
Merancang penelitian untuk memaksimalkan relevansi dan kegunaannya (misalnya, dengan meyakinkan publik bahwa uji coba dilakukan melalui intervensi-intervensi nyata dalam kondisi-kondisi tertentu)	Mendirikan lembaga-lembaga menengah yang dirancang untuk meninjau penelitian dan menentukan implikasi-implikasi kebijakan dan manajemennya (misalnya, National Institute for Clinical Excellence in England dan Wales menasehati para pasien, profesional dalam bidang kesehatan dan NHS yang berkaitan dengan "praktek terbaik" berdasarkan sintese bukti yang kuat)
Menggunakan metode-metode penelitian termasuk "penelitian tindakan" (misalnya, penelitian yang berorientasi partisipatif, praktis dan non-eksploitatif yang secara langsung melibatkan subyek penelitian pada semua tahap.	Menyediakan lebih banyak kesempatan untuk organisasi-organisasi publik dan masyarakat sipil guna mempelajari ciri-ciri penelitian, mampu mengajukan pertanyaan-pertanyaan pada para peneliti dan pengambil kebijakan

Ini bermaksud untuk menghasilkan pengetahuan baru yang memberdayakan masyarakat dalam memperbaiki kondisi hidup mereka). Ada pula metode-metode inovatif lain	mengenai kegunaan penelitian dan berpartisipasi lebih aktif dalam proses kebijakan dari setiap posisi informal
Memilih topik-topik penelitian yang penting untuk kebijakan masa depan	Mendorong media massa untuk memperbaiki kualitas laporan dan interpretasi mereka tentang temuan penelitian dan implikasi-implikasi kebijakan melalui dedikasi waktu dan upaya mengefektifkan laporan singkat media

Model hubungan dan pertukaran dalam transfer penelitian kesehatan

Langkah-langkah yang diringkas dalam **Tabel 9.3** cenderung menekankan komunikasi yang lebih baik dan transfer temuan-temuan penelitian, tetapi memberikan sedikit tanggapan terhadap kendala-kendala politis dan ideologis seperti yang dibahas sebelumnya. Barangkali pendekatan praktis yang paling canggih dalam memperbaiki kegunaan penelitian pernah dikembangkan oleh Lomas (2000b) melalui *Canadian Health Services Research Foundation* (CHSRF). Pendekatan ini mengenal ciri-ciri interaktif pengembangan kebijakan yang berfokus pada tukar-menukar pengetahuan dan upaya bersama dalam menciptakan pengetahuan baru untuk para pengambil kebijakan dan peneliti. Dengan menggunakan teknik-teknik "lintas batas", para peneliti dan pengambil kebijakan terdorong untuk bekerja sama, merencanakan dan mengembangkan proyek-proyek penelitian. Mereka saling kontak melalui proyek-proyek dan bekerja sama dalam program penelitian jangka panjang. Tujuan-tujuannya adalah (a) untuk menumbuhkan penelitian yang berhubungan dengan kesusasteraan bagi para pengambil kebijakan, (b) meningkatkan dan memperbaiki relevansi serta kegunaan penelitian, (c) meningkatkan kesadaran kebijakan dan manajerial serta pengalaman para peneliti, dan (d) meningkatkan peluang mempelajari pengetahuan dari penelitian yang akan ditransfer dan diterjemahkan ke dalam aksi-aksi nyata dengan sukses. CHSRF mempunyai peran penting dalam berbagai bentuk "komisi pengetahuan" (*knowledge broker*) dengan aktivitas-aktivitasnya yang menjangkau batas organisasi-organisasi dalam dunia penelitian, kebijakan dan manajemen. Melalui informasi, gagasan-gagasan dan ilmu pengetahuan tentang kebijakan (*policy science*), pendekatan "hubungan dan pertukaran" memandang kebijakan bukan sebagai rentetan kejadian yang terpisah satu sama lain tetapi sebagai proses terus-menerus dalam konteks keterlibatan institusi pemerintah, *stakeholder* atau kelompok kepentingan yang diorganisir menjadi koalisi kelompok stabil. Semuanya dibetuk di atas pondasi kepercayaan, nilai-nilai dan ideologi-ideologi.

Meskipun pendekatan CHSRF diinformasikan secara langsung melalui ide "dua masyarakat", patut diakui bahwa para pengambil kebijakan tidak boleh homogen. Pendekatan ini mendorong para peneliti untuk mengidentifikasi kelompok sasaran yang berbeda di antara para pengambil kebijakan. Tugas identifikasi bisa menyangkut pekerjaan mereka dan strategi-strategi yang digunakan untuk setiap kelompok sasaran. Pendekatan "hubungan dan pertukaran" sedang diuji melalui rentetan eksperimen dengan hasil-hasil yang mengembirakan (Denis dan Lomas, 2003). Tetapi Gibson (2003) menekankan bahwa masalah transfer pengetahuan dan pengambilan kebijakan berbasis bukti berhubungan dengan konteks *pemisahan* antara dua domain yakni kepentingan dan pandangan mengenai komisi. Dengan demikian, hal ini menimbulkan kegagalan dalam mempertimbangkan tingkatan konflik antara para peneliti dan pengambil kebijakan dan *aliansi* antara dua sub kelompok. Misalnya, kebanyakan disiplin akademik dianggap penting dalam kondisi kontroversi dan pertikaian antara kelompok para pesaing peneliti dan ahli teori-teori. Bahkan hal ini terjadi karena dipengaruhi oleh disiplin ilmu pengetahuan yang berbeda dan setiap disiplin membawa perspektif yang kemudian muncul pada setiap topik persoalan. Sebaliknya, pendekatan

”transfer pengetahuan” menghindari pengenalan akan ciri-ciri politis proses pengambilan kebijakan seperti yang ditunjukkan dalam bab-bab sebelumnya dalam buku ini.

Diluar konteks dua masyarakat: apakah kebijakan masyarakat, jaringan-jaringan kebijakan dan koalisi-koalisi advokasi merupakan representasi realitas?

Tidak dapat disangkal bahwa ada perlawanan antara dunia penelitian dan dunia kebijakan. Perspektif-perspektif baru tentang proses kebijakan dari ilmu politik menempatkan kendala-kendala terhadap kebijakan penelitian sebagai hubungan antara kelompok-kelompok peneliti dan kelompok lain yang melibatkan proses kebijakan (dalam Bab 7 pembaca mempelajari teori-teori umum tentang proses kebijakan).

Jaringan-jaringan kebijakan dan kebijakan masyarakat

Dengan memahami proses kebijakan, maka kita memahami *jaringan-jaringan kebijakan* dan kebijakan masyarakat yang berfokus pada pola hubungan formal dan informal yang membentuk agenda kebijakan, formulasi, keputusan-keputusan, implementasi dan evaluasi dalam wilayah kebijakan. Penelitian dapat diaplikasikan dalam setiap kebijakan. Rhodes (1988) mengidentifikasi rangkaian yang bersifat menyatukan (*continuum*) antara bidang-bidang kebijakan yang bercirikan kebijakan masyarakat dengan basis keanggotaan yang stabil atau terbatas dan pihak-pihak yang /menonjolkan jaringan-jaringan kebijakan yang cenderung lebih longgar, kurang stabil dan tidak memiliki kepentingan eksklusif. Seharusnya wilayah kebijakan khusus menduduki rangkaian yang bersifat menyatukan (*continuum*) pada kategori kelompok ketat dan longgar sehingga terjadi penyatuan persepsi yang kemudian membentuk proses pengambilan kebijakan dan bukti-bukti penelitian yang mengandalkan pertimbangan dari anggota-anggota jaringan atau masyarakat luas. Semakin longgar jaringan kebijakan, maka semakin berbeda pandangan yang dipresentasikan dan semakin luas pula jenis-jenis penelitian yang digunakan oleh pihak-pihak yang mendukung garis kebijakan-kebijakan berbeda (Nutley dan Webb, 2000). Inti masalahnya adalah bahwa perbedaan antara jaringan-jaringan kebijakan dan masyarakat tidak berdasarkan perbedaan antara para peneliti atau pengambil kebijakan.

Kerangka koalisi advokasi

Seperti yang Pembaca pelajari dalam Bab 7, kerangka *koalisi advokasi* memahami setiap kebijakan publik sebagai jaringan dan interaksi masyarakat yang menekankan pentingnya intensitas. Dalam perjalanan waktu, para peneliti tidak mau mengadu kekuatan dengan para birokrat atau politis karena koalisi advokasi terdiri dari para penegambil kebijakan termasuk politisi, PNS, kelompok penekan, wartawan, akademisi, kelompok ahli, dan lain-lain. Setiap koalisi advokasi menginterpretasi dan menggunakan penelitian untuk mengemukakan tujuan-tujuan kebijakan melalui cara-cara yang berbeda.

Implikasi-implikasi teori dalam meningkatkan dampak penelitian terhadap kebijakan

Gibson (2003) menyimpulkan bahwa teori-teori tentang proses pengambilan kebijakan berkaitan dengan perspektif dua masyarakat dengan beberapa implikasi yang berguna bagi pihak-pihak yang ingin meningkatkan dampak penelitian terhadap kebijakan:

1. Para peneliti yang ingin mempengaruhi kebijakan harus menganalisis wilayah kebijakan secara politis untuk mengidentifikasi koalisi-koalisi advokasi dan nilai-nilai dan kepercayaan tentang ciri atau hakekat masalah dalam proses pengambilan kebijakan, sebab-sebab dan solusi-solusinya.

2. Para peneliti harus terlibat langsung dalam koalisi advokasi atau kebijakan masyarakat jika mereka ingin memiliki pengaruh dan mulai berfokus pada manajemen lintas batas antara penelitian dan solusi-solusi potensial yang dilakukan.
3. Bukti penelitian memperlihatkan pengaruh besar dalam proses pengambilan kebijakan terutama terhadap kemampuan untuk mengemukakan argumen dan advokasi. Hal ini dilakukan oleh pihak-pihak yang berkepentingan dalam proses pengambilan kebijakan sehingga mereka berkompeten untuk menyingkap "kebenaran" yang terkadang ditentang keberadaannya.
4. Suatu strategi digunakan untuk meningkatkan peran penelitian dalam mengambil kebijakan yang berkaitan dengan pengaruh nilai-nilai dan keyakinan termasuk argumen tentang upaya untuk memperbaiki basis pengetahuan dan penyebarannya

Rangkuman

Pembaca telah mempelajari bagaimana para peneliti dan penelitian saling berhubungan sehingga berpengaruh bagi proses-proses pengambilan kebijakan. Namun tidak diragukan lagi bahwa proses pengambilan kebijakan lebih dipengaruhi oleh penelitian: penelitian dapat membantu mendefinisikan suatu fenomena sebagai masalah yang patut mendapatkan perhatian dan penelitian membawa "pencerahan" bagi publik melalui ide-ide yang bisa mempengaruhi para pengambil kebijakan secara tidak langsung dan dalam jangka waktu yang lama. Hal ini diperkuat oleh hubungan antara para pengambil kebijakan dan peneliti, peran media, pengaturan waktu, dan bagaimana penelitian dikomunikasikan. Banyak rintangan yang menghalangi penelitian termasuk faktor-faktor politis dan ideologis, ketidakpastian kebijakan, ketidakpastian temuan-temuan ilmiah, kegunaan penelitian dan betapa mudahnya untuk mengkomunikasikannya. Ada pula antusiasme untuk menggunakan komisi dan mekanisme tukar-menukar pengetahuan demi memperbaiki produktivitas hubungan antara para peneliti dan pengambil kebijakan.

Intinya bahwa para peneliti dan pengambil kebijakan terdiri dari dua "masyarakat" yang berbeda secara kultural tetapi dua kekuatan ini berpotensi menyekat. Tidak boleh ada kelompok yang homogen dan wilayah kegiatan mereka berdasarkan kepentingan para peneliti atau pengambil kebijakan. Perangkat-perangkat tambahan bagi para peneliti dan pengambil kebijakan diperlukan untuk mempermudah partisipasi tetapi juga memicu persaingan "koalisi advokasi" atau "jaringan-jaringan kebijakan" seputar isu-isu atau permasalahan-permasalahan. Pandangan ini menekankan bahwa penelitian bisa memasuki wilayah kebijakan melalui argumen politik dan penyebaran pengetahuan. Keduanya berpengaruh signifikan bagi upaya-upaya untuk menggunakan teknik-teknik "mata rantai" dan "pertukaran" pengetahuan sehingga bisa menjembatani "gap" antara para peneliti dan pengambil kebijakan yang kemungkinan sukses seperti yang diharapkan.

Referensi

- Black N (2001). Evidence based policy: proceed with care. *British Medical Journal* 323: 275-8
- Davies PT (1999). What is evidence-based education? *British Journal of Educational Studies* 47: 108-21
- Denis JL dan Lomas J (eds) (2003). Researcher: decision maker partnership. *Journal of Health Service Research & Policy* 8 (suppl 2)
- Fox DM (1990). Health Policy and Politics of research in the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15: 481-99
- Gibson B (2003). Beyond 'two communities'. In Lin V dan Gibson B (eds) *Evidence-Based Health Policy: Problems and Possibilities*. Melbourne: Oxford University Press, pp. 18-32

- Global Forum Of Health Research (2004a). *Monitoring Financial Flows for Health Research*. Geneva: Global Forum for Health Research, [www.globalforumhealth.org/accessed 08/11/2004](http://www.globalforumhealth.org/accessed%2008/11/2004)
- Harrison S (2001). Implementing the result of research and development in clinical and managerial practice. In Baker MR dan Kirk S (eds) *Research and Development for the NHS: Evidence, Evaluation and Effectiveness*. Abingdon: Radcliffe Medical Press
- Lomas J (2000a). Connecting research and policy. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research* 1: 140-4
- Lomas J (2000b). Using linkage and exchange to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Affairs* 19: 236-40
- Nutley S dan Webb J (2000). Evidence and the policy process. In Davies HTO, Nutley SM dan Smith PC (eds) *What Works? Evidence-Based Policy and Practice in Public Service*. Bristol: The Policy Press, pp. 13-41
- Parkhurst J (2002). The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. *Lancet* 360: 78-80
- Petersen M (2002) Madison Ave, plays growing role in drug research. *New York Times Online* www.nyt.com
- Rampton S dan Stauber J (2001). *Trust Us, We're Expert: How Industry Manipulates Sciences and Gambles with Your Future*. New York: Putnam
- Rhodes RAW (1998). *Beyond Westminster: The Sub-Central Governments of Britain*. London: Unwin Hyman
- Roberts L, Lafta R, Garfield R, Khudhairi J dan Burnham G (2004). Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey. *Lancet*. Published online 29 October 2004, available on: <http://image.thelancet.com/extras/04art10342web.pdf>
- Rogers EM (1995). *Diffusion of Innovation*. 4th edn: New York: The Free Press
- Rossi P dan Wright S (1970). Evaluation research: an assessment of theory, practice and politics. In Plitt C Lewis L, Negro J dan Pattern J (eds) *Public in Theory and Practice*. London: Hodder and Stoughton
- Sabatier PA dan Jenkins-Smith HC (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, CO: Westview Press
- Schneider H (2002). On the fault line: the Politics of AIDS policy in contemporary South Africa. *African Studies* 61: 145-67
- Short S (1997). Elective affinities: research and health policy development. In Gardner H (ed.) *Health Policy in Australia*. Melbourne: Oxford University Press
- Weiss CH (1979). The many meaning of research utilization. *Public Administration Review* 39: 426-31
- Weiss CH (1991). Policy Research: data, ideas or arguments? In Wagner P et al. (eds) *Social Sciences and Modern States*. Cambridge University Press

Chapter 10

Melakukan Analisis Kebijakan

Gambaran umum

Pada bab ini pembaca akan diperkenalkan dengan pendekatan politik tentang analisis kebijakan dan sejumlah alat untuk mengumpulkan, mengorganisir dan menganalisis data-data kebijakan kesehatan. Bab ini bertujuan untuk membantu pembaca mengembangkan strategi-strategi politik untuk menghasilkan reformasi kesehatan dalam kehidupan profesional pembaca.

Tujuan-tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini pembaca akan lebih mudah untuk:

- Melakukan analisis kebijakan retrospektif dan prospektif
- Mengidentifikasi sektor-sektor kebijakan, menilai sumberdaya politisnya, dan posisinya sekarang dalam kebijakan
- Mengembangkan strategi-strategi politik yang sukses untuk mengelola perubahan kebijakan
- Mengumpulkan dan mempresentasikan data-data untuk analisis kebijakan

Istilah

Analisis: Memisahkan masalah ke dalam unsur-unsur pokok untuk lebih memahaminya secara keseluruhan

Stakeholder: Individu atau kelompok dengan kepentingan substantif dalam suatu persoalan, termasuk mereka yang mempunyai peran dalam mengambil keputusan atau melakukannya. Biasa digunakan dalam konteks yang sama dengan pelaku atau kelompok kepentingan

Pendahuluan

Sekarang pembaca mengakui bahwa perubahan kebijakan biasanya bersifat politis, dinamis dan sangat kompleks. Perubahan kebijakan dalam sektor kesehatan menantang karena sistem kesehatan secara teknis kompleks; mengubah satu bagian sistem tanpa kecuali akan mempengaruhi bagian-bagian lain dan banyak pihak lain yang berbeda. Pengalaman dengan reformasi sektor kesehatan menunjukkan bahwa biaya reformasi sering jatuh pada kelompok-kelompok berkuasa dan terorganisir dengan baik (misalnya, para dokter dan perusahaan-perusahaan) sedangkan keuntungan-keuntungan jatuh ke tangan kelompok-kelompok yang telah bubar dan tidak beruntung dengan sedikit pengaruh politis yang dimainkannya. Oleh karena itu, reformasi kebijakan seringkali sulit dicapai.

Setelah mengulangi pernyataan bahwa analisis kebijakan dapat digunakan secara efektif, bab ini memperkenalkan alat-alat yang digunakan dalam analisis kebijakan, terutama untuk memperbaiki prospek perubahan kebijakan yang sukses. Alat-alat itu berguna bagi pembaca untuk mengumpulkan, menggunakan dan menerapkan pengetahuan dengan cara-cara yang lebih sistematis. Pertama-tama pembaca akan diperkenalkan dengan analisis *stakeholder*. Pembaca perlu mengidentifikasi pihak-pihak yang berada di tengah segitiga kebijakan dan oleh karena itu penekanan yang menyenangkan ditempatkan dalam metode ini. Bab ini kemudian mempresentasikan suatu pendekatan untuk mengembangkan strategi-strategi politik, pedoman untuk mengumpulkan bukti dari setiap analisis dan beberapa usulan untuk menggunakan segitiga kebijakan guna mempresentasikan hasil-hasil analisis. Bab ini membuat kesimpulan tentang

beberapa pemikiran seputar etika analisis kebijakan. Tetapi bab ini tidak membahas secara khusus tentang pendekatan-pendekatan rasional-komprehensif dalam analisis kebijakan seperti teknik-teknik ekonomi terapan yang bersifat teknis dan berlawanan dengan orientasi politis (Welmer dan Vining, 1999).

Analisis kebijakan retrospektif dan prospektif

Apa yang Pembaca pelajari di Bab 1 adalah dua jenis analisis kebijakan yakni *analysis of policy* dan *analysis for policy*. Analisis kebijakan (*analysis of policy*) cenderung retrospektif (berhubungan dengan waktu lampau) dan deksriptif. Analisis yang satu ini lebih melihat ke belakang dan merenungkan kembali mengapa dan bagaimana kebijakan menemukan bentuknya sehingga agenda dan muatannya bisa mencapai tujuan-tujuan tertentu (evaluasi sumatif). Misalnya, hasil-hasil yang mengecewakan dan reformasi kesehatan di beberapa negara mendesak World bank untuk melakukan analisis mengenai proses-proses reformasi di masa lalu untuk mendiagnosa dimensi-dimensi politis masalah. Analisis kebijakan merupakan bagian penting buku ini.

Sedangkan *analysis for policy* (analisis untuk kebijakan) cenderung prospektif (diharapkan terjadi di masa mendatang). Analisis tipe ini memberikan informasi rinci tentang formulasi kebijakan (evaluasi formatif) atau mengantisipasi bagaimana kebijakan akan berjalan bila diterapkan (misalnya, bagaimana para pelaku lain akan memberikan respons terhadap perubahan-perubahan). Sesuai dengan ulasan di atas, jelas bahwa *analysis for policy* akan dilakukan atau disponsori oleh partai-partai yang memang tertarik untuk menilai prospek-prospeknya dan mengelola perubahan kebijakan politik yang ada dengan mematuhi tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Namun analisis ini kadang-kadang mengakibatkan terbelenggelainya keputusan tertentu karena citra politik yang buruk.

Mungkin pembaca bisa menerapkan apa yang telah Pembaca pelajari dari buku ini sehingga pembaca bisa melakukan *analysis for policy* dan menggunakan kesempatan-kesempatan terbaik dalam hidup pembaca karena rencana-rencana pembaca terlaksana dengan baik. Setelah membaca bab-bab terdahulu, Pembaca belajar menghargai pembaharu kebijakan licik yang akan mempengaruhi analisis kebijakan pada semua tahap siklus kebijakan mulai dari identifikasi masalah hingga formulasi, implementasi dan evaluasi. Setiap tahap dalam siklus ini disesuaikan dengan peristiwa-peristiwa politik. Dengan demikian, perubahan kebijakan bergantung pada analisis politik yang sistematis dan terjadi terus-menerus (Roberts dkk, 2004).

Analisis pada tahap-tahap awal pengambilan kebijakan terutama definisi masalah dan penetapan agenda sangatlah penting. Dalam Bab 4 dikatakan bahwa fakta-fakta epidemiologis dan ekonomis ikut menentukan pencapaian prioritas-prioritas – tetapi entah digunakan atau tidak – semuanya bergantung pada proses-proses politik. Peran media dalam menentukan agenda dianggap penting mengungkap permasalahan yang berhubungan dengan debat publik dan kebijakan. Demikian pula, pelaku-pelaku kebijakan secara aktif mengajukan masalah-masalah dan solusi-solusi dan jendela kesempatan terbuka untuk persoalan-persoalan dalam agenda dengan menyediakan ruang bagi tanggapan terhadap kebijakan (Kingdon, 1995).

Jika pembaca ingin mempengaruhi hasil kebijakan dengan sukses, pembaca akan:

- Terlibat dalam mengajukan permasalahan
- Memahami bagaimana menentukan agenda
- Belajar mengenal kesempatan-kesempatan politik
- Memahami bagaimana memanipulasi proses-proses politik untuk mendorong penerimaan luas atas definisi dan solusi yang ditawarkan

- Memahami posisi, kepentingan dan kekuasaan dari partai-partai yang berkepentingan (termasuk media) berdasarkan distribusi biaya dan keuntungan dari kebijakan yang ditawarkan
- Menyesuaikan solusi-solusi yang dapat dikerjakan dengan mudah

Tugas-tugas analisis ini masuk dalam kategori *analysis for policy* dan akan menyediakan dasar pemikiran bagi perkembangan strategi-strategi politik untuk mengelola perubahan kebijakan. Analisis tersebut bisa meningkatkan kesuksesan pembaca dalam mempengaruhi hasil-hasil kebijakan tetapi hal ini tidak menjamin bahwa hasil-hasilnya akan memuaskan karena begitu banyak faktor di luar kontrol pembaca yang ikut mempengaruhinya.

Analisis stakeholder

Apakah analisis ini termasuk tipe retrospektif atau progresif akan bergantung pada analisis *stakeholder*. Di sini, *stakeholder* termasuk individu-individu dan kelompok-kelompok yang menaruh perhatian pada persoalan atau kebijakan, atau mereka yang dipengaruhi oleh kebijakan dan memainkan peran yang berkaitan dengan pengambilan dan implementasi kebijakan. Dengan kata lain, para pelaku dalam proses pengambilan kebijakan. Meskipun banyak pendekatan telah digunakan untuk analisis *stakeholder* (Varvasszky dan Brugha, 2000), tiga kegiatan berbeda dapat dikategorikan (Roberts dkk, 2004) yakni (1) mengidentifikasi para pelaku kebijakan; (2) menilai sumberdaya politik; dan (3) memahami posisi dan kepentingan mereka dalam kaitannya dengan persoalan.

Mengidentifikasi stakeholder

Beberapa bab dalam buku ini telah membahas tentang para *stakeholder* dalam kebijakan kesehatan – mulai dari pihak-pihak berwewenang yang berada di pusat pemerintahan hingga kelompok-kelompok kepentingan dalam masyarakat madani dan sektor swasta. Para *stakeholder* lebih spesifik dalam garis kebijakan tertentu dan konteks yang mereka terapkan. Para *stakeholder* mungkin terlibat dalam proses pengambilan kebijakan yang memang memerlukan penilaian para analis masalah. Misalnya, pembaca perlu mengenal kelompok-kelompok dalam organisasi yang mempunyai kepentingan-kepentingan berbeda (misalnya, apakah Kementerian Kesehatan diperlakukan sebagai pelaku atau apakah ada kelompok-kelompok berbeda yang memiliki kepentingan-kepentingan berbeda?). Gagasan ini bermanfaat untuk menemukan para pelaku yang independen dan mempunyai pengaruh sambil memegang kendali kecil dalam memulai suatu analisis.

Untuk membuat daftar para *stakeholder*, pembaca perlu memikirkan implikasi-implikasi muatan kebijakan yang ditawarkan. Para pelaku yang relevan akan menyertakan pihak-pihak yang berkepentingan untuk bertindak atau dimobilisasi agar melakukan sesuatu yang mereka inginkan. Hal penting lain yang perlu diingat adalah dedikasi untuk individu-individu atau organisasi-organisasi yang bisa menghalangi pengambilan kebijakan (seringkali para pemimpin partai-partai politik, kepala perwakilan, dan lain-lain) atau implementasinya dalam kehidupan (seringkali para birokrat dan kelompok-kelompok lain).

Kegiatan 10.1

Pembaca bisa memilih kebijakan kesehatan yang sudah lazim. Dengan menggunakan petunjuk-petunjuk di atas, pembaca mengidentifikasi 15-20 individu atau kelompok yang tertarik pada persoalan atau peran yang dimainkan dalam mengadopsi atau mengimplementasikan kebijakan.

Feedback

Reformasi sektor kesehatan sering melibatkan kelompok-kelompok berikut ini, beberapa di antaranya mungkin telah teridentifikasi sehingga pembaca seperti memiliki investasi yang sedang dianalisis keberadaannya (Reich, 1996): organisasi-organisasi pelanggan (misalnya, kelompok-kelompok pasien); kelompok-kelompok produser (bidan, dokter, perusahaan farmasi); kelompok ekonomi (para pekerja yang mungkin berpengaruh, industri, perusahaan asuransi kesehatan); dan kelompok-kelompok ideologis (organisasi-organisasi yang mengusung kampanye persoalan publik, partai-partai politik).

Menilai kekuasaan

Langkah kedua dalam analisis *stakeholder* yakni menilai kekuasaan setiap pengambil kebijakan. Pembaca telah mempelajari dalam Bab 2 dan 6 bahwa sumber daya politik bermacam-macam tetapi dapat dibedakan menjadi sumber daya nyata (seperti pemungutan suara, keuangan, infrastruktur, anggota-anggota) dan sumber daya tidak nyata (seperti keahlian dan legitimasi kebijakan, akses ke media dan para pengambil kebijakan). Akses ke sumber daya ini dapat meningkatkan pengaruh para *stakeholder* dalam proses pengambilan kebijakan. Misalnya, kelompok-kelompok yang memiliki organisasi dan infrastruktur maju akan memiliki kekuasaan lebih daripada kelompok-kelompok yang harus mengatur dan mengorganisir diri mereka sendiri. Demikian pula, para dokter yang mempunyai keahlian yang relevan dipandang lebih *legitimate* dan sering dikategorikan sebagai bagian dari organisasi profesional yang mapan karena mereka mempunyai status sosial yang tinggi dan sering mempunyai akses ke sumber daya keuangan dan para pengambil kebijakan. Sebagai akibat dari sumberdaya politis ini, para dokter menjadi bagian dari kelompok yang memiliki kekuasaan politik dalam persoalan-persoalan kebijakan kesehatan. Perusahaan-perusahaan farmasi memiliki keahlian dan keuangan hebat, tetapi memiliki legitimasi terbatas dalam masyarakat madani. Strategi yang diterapkan kelompok mempunyai pengaruh terhadap kekuasaan yang bergantung pada sumber daya politik. Konteks persoalan ini mengkondisikan pemahaman bahwa sumber daya tertentu mempunyai pengaruh tersendiri. Sebagai contoh ekstrim, ketika korupsi tersebar luas, keuangan menjadi sumber daya politik yang sangat berguna untuk membeli keputusan-keputusan atau kebijakan-kebijakan.

Kegiatan 10.2

Pilihlah sepuluh dari para *stakeholder* yang pembaca identifikasi dalam Kegiatan 10.1. Untuk setiap bagian, buatlah inventarisasi sumber daya utama yang mereka miliki dan berikan pada publik. Bedakan antara sumber daya nyata dan sumber daya tak nyata. Dengan memberikan aset-aset politik ini, buatlah ciri-ciri setiap *stakeholder* pembaca yang mempunyai kekuasaan tinggi, menengah dan rendah.

Feedback

Jelas bahwa inventarisasi pembaca akan bergantung pada para *stakeholder* yang diseleksi. Contoh-contoh bisa membantu ilustrasi, misalnya, kelompok pasien (kekuatan medium)

- Sumber daya nyata, misalnya sejumlah anggota; hak pilih
- Sumber daya tidak nyata, misalnya akses ke media; simpati dan dukungan publik

Menilai kepentingan, posisi dan komitmen

Kepentingan, posisi dan komitmen pihak-pihak yang berwenang terhadap persoalan kebijakan tertentu akan menentukan bagaimana mereka menerapkan sumber daya politik. Penilaian terhadap ciri-ciri ini merupakan tahap ketiga dan terakhir dalam analisis *stakeholder*.

Pembaca mempelajari tentang kelompok kepentingan di Bab 6 dan di sini kita tidak hanya membahas tentang sebab-sebab dan kelompok-kelompok kepentingan sektoral, tetapi juga "kepentingan-kepentingan" pihak-pihak lain yang relevan dalam persoalan atau kebijakan tertentu. Kepentingan-kepentingan bisa menguntungkan individu atau kelompok (bisa dibedakan dari keinginan-keinginan atau pilihan-pilihan). Hal itu seringkali menjadi efek kebijakan ekonomi tentang kepentingan pelaku yang memainkan peran yang dikesampingkan dalam menentukan posisi mereka terhadap kebijakan. Kita bisa bertanya mengapa kepentingan-kepentingan ini menjadi kompleks. Kadang-kadang, pihak-pihak yang berwenang menyembunyikan kepentingan-kepentingan mereka dengan tujuan-tujuan taktik, terkadang karena mereka ilegal (misalnya, pembayaran tidak sah untuk rujukan). Di kesempatan lain, sangatlah sulit untuk membedakan kepentingan-kepentingan karena muatan kebijakan mungkin kabur atau mungkin ada varian lain dari kebijakan yang dibahas. Misalnya, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk menghargai sistem kontrak yang secara publik bisa mendanai layanan untuk organisasi-organisasi swasta. Para dokter bekerja di sektor publik yang melakukan praktek pribadi mungkin tidak yakin apakah mereka mendukung kebijakan. Jika tidak, apakah mereka mendapatkan asuransi untuk memenuhi syarat persaingan dalam teken kontrak dengan LSM atau para praktisi swasta dan atau memiliki asuransi dengan pekerjaan mereka di sektor publik yang tidak bisa dikompromi oleh kebijakan baru – detail-detail ini bagi seorang menteri tidak bisa diuraikan sampai dia mau melakukan analisis *stakeholder*.

Kegiatan 10.3

Pembaca bisa memilih lima *stakeholder* yang telah diidentifikasi dalam Kegiatan 10.2 dan pembaca perlu mendaftarkan kepentingan-kepentingan mereka terkait dengan kebijakan di atas. Selanjutnya pembaca menyebutkan keuntungan atau kerugian yang mereka alami setelah ada perubahan kebijakan.

Feedback

Dampak-dampak finansial atau ekonomi dari perubahan kebijakan seringkali berorientasi pada kepentingan-kepentingan sentral. Contoh mengenai kebijakan kontrak untuk biaya layanan publik menunjukkan bahwa para dokter yang bekerja di sektor publik sebenarnya memahami kepentingan-kepentingan ini. Setiap kepentingan akan membawa resiko tersendiri jika para dokter berpikir bahwa tujuan mengapa kebijakan-kebijakan digulirkan adalah untuk mengurangi jumlah resiko (misalnya, seorang dokter bisa kehilangan pekerjaan). Atau setiap kebijakan membawa resiko berat jika para dokter takut terutama ketika menyikapi butir-butir kebijakan yang mengharuskan mereka berkompetisi dalam praktek-praktek pribadi (misalnya, karena tidak bisa berkompetisi dokter kemudian melakukan praktek ilegal). Akibatnya, kepentingan-kepentingan lain terancam keberadaannya sehingga potensi kerugian jabatan pada sektor publik tidak bisa dikompensasi. Oleh karena itu, prospek pekerjaan dalam sektor swasta perlu diperbaiki untuk memulihkan kredibilitas dan mempertahankan prestise serta nilai simbolis sektor swasta di banyak negara.

Dampak persoalan ini mempengaruhi kepentingan para *stakeholder*. Seperti kita ketahui bahwa mereka akan menentukan posisi tertentu sesuai dengan kebijakan yang diusulkan – tidak peduli apakah kebijakan ini suportif, netral atau bertentangan. Boleh-boleh saja para *stakeholder* mengidentifikasi kepentingan-kepentingan, tetapi posisi-posisi tidak mudah ditentukan karena alasan-alasan yang disembunyikan atau karena suatu kewaspadaan. Terlepas dari kenyataan ini yang

kelas mereka menanggapi posisi yang secara publik berbeda daripada posisi swasta (posisi swasta ikut menentukan apa yang sebenarnya bisa dilakukan oleh suatu kelompok). Misalnya, seorang menteri secara publik bisa mendukung kebijakan untuk memenangkan bantuan, tetapi para pemilih atau kelompok-kelompok kepentingan melawan kebijakan pemerintah. Terkadang, pihak-pihak yang berwenang tidak yakin dengan posisi atau jabatan mereka karena mereka tidak mengetahui bagaimana suatu kebijakan mempengaruhi kepentingan-kepentingan mereka. Ini bisa terjadi terutama jika muatan kebijakan tidak jelas. Atau jika ada beberapa kebijakan yang dibahas, maka domain dari setiap butir kesepakatan mempunyai akibat-akibat berbeda terhadap pihak-pihak yang berwenang.

Kegiatan 10.4

Pembaca perlu mengidentifikasi jabatan-jabatan publik dan swasta dari lima *stakeholder* yang pembaca analisis di **Kegiatan 10.3**.

Feedback

Contoh kecil yang perlu diperhatikan adalah perbedaan antara jabatan publik dan swasta yang dipegang oleh seorang *stakeholder*. Para dokter dalam sistem pendanaan publik mungkin mengeluh tentang kekurangan sumber daya dan pasien yang menunggu pelayanan kesehatan. Tetapi, dalam sektor swasta dokter-dokter boleh menolak berbagai kebijakan, misalnya, pengambil kebijakan menentukan tambahan tenaga dokter karena hal ini bisa menimbulkan gesekan dalam melaksanakan praktek dan mempengaruhi pendapatan mereka sebagai lembaga swasta.

Terkait dengan penilaian yang dilakukan terhadap eksistensi kepentingan dan jabatan, perlu diingat bahwa upaya untuk menilai persoalan-persoalan yang menggerogoti setiap *stakeholder* berhubungan dengan prioritas-prioritas lain yang mereka inginkan. Pembaca bisa mengetahui komitmen pihak-pihak berwenang terhadap kebijakan-kebijakan dan seberapa banyak sumber daya politik yang ingin mereka dedikasikan bagi kepentingan-kepentingan atau kebijakan-kebijakan publik. Sementara pihak-pihak terkait yang sedang menikmati kekuasaan mungkin melawan kebijakan-kebijakan tertentu. Persoalan itu mungkin tidak terlalu penting karena para *stakeholder* berupaya untuk menghalangi opsi atau implementasi kebijakan. Masyarakat bisa menilai komitmen pihak-pihak berwenang dengan mengajukan pertanyaan kepada mereka atau dengan meninjau seberapa kritis persoalan ini bagi kelangsungan mandat organisasi atau organisasi mapan yang mempunyai dedikasi tinggi, dan lain sebagainya.

Hal penting lain yang perlu diprioritaskan adalah kepentingan, jabatan dan tingkat komitmen setiap *stakeholder* untuk kebijakan yang diusulkan. Pengetahuan dari buku ini akan memainkan peran penting dalam merancang strategi-strategi politik yang bisa membawa perubahan.

Kegiatan 10.5

Untuk para *stakeholder* yang dianalisis dalam **Kegiatan 10.4**, pembaca perlu mendaftarkan kepentingan-kepentingan mereka (apa keuntungan dan kerugian yang mereka alami dari perubahan kebijakan), jabatan atau posisi mereka (berlawanan, suportif atau netral) dan tingkat komitmen mereka terhadap realisasi kebijakan-kebijakan (tinggi, menengah atau rendah). Pembaca bisa membuat tabel dengan menyertakan data-data tentang jabatan dan kekuasaan (dari Kegiatan 10.1) pihak-pihak berwenang sehingga pembaca mengetahui peta jabatan. Untuk Kegiatan 10.4, pembaca perlu memahami beberapa penelitian penting.

Feedback

Keunggulan peta jabatan sangat bergantung pada muatan kebijakan, pengambil kebijakan dan konteksnya. Peta jabatan pihak-pihak berwewenang yang berhubungan dengan reformasi sektor kesehatan di Republik Dominikan dipresentasikan dalam **Tabel 10.1**. Hal ini merupakan awal yang baik untuk memikirkan siapa yang berkoalisi dalam upaya reformasi dan kelompok-kelompok mana yang merongrong reformasi.

Langkah berikutnya dalam analisis *stakeholder* bertujuan untuk memberikan model bagi implementasi komitmen dan jabatan setiap pengambil kebijakan yang bisa berubah dengan memodifikasi muatan atau isi kebijakan. Persoalan ini menjadi tanggung jawab seksi rancangan strategi-strategi reformasi politik. Sebelum melakukannya, sangatlah penting untuk memikirkan apakah analisis *stakeholder* mempunyai keterbatasan. Di satu sisi, jelas bahwa analisis ini dianggap sebagai perhatian, kreativitas, keuletan dan akses para analis ke informasi tentang kepentingan, jabatan, pengaruh dan komitmen dalam kaitannya dengan kebijakan-kebijakan tertentu. Di sisi lain, analisis *stakeholder* hanya menyediakan data-data tentang para pengambil kebijakan dan mengungkap sebagian kecil saja dari konteks dan proses pengambilan kebijakan. Kondisi ini memainkan peran penting dalam meneropong perubahan kebijakan.

Tabel 10.1 Peta jabatan untuk reformasi sektor kesehatan di Republik Dominikan tahun 1995

<i>Oposisi tinggi</i>	<i>Oposisi menengah</i>	<i>Oposisi rendah</i>	<i>Netral</i>	<i>Dukungan rendah</i>	<i>Dukungan menengah</i>	<i>Dukungan tinggi</i>
Ikatan Medis Dominikan	Dokter klinik swasta	Institut Keamanan Sosial Dominikan	Gereja	Presiden		Kantor Kerjasama Tehnis
	Pegawai dalam sektor terorganisir	LSM	Pers	<i>Partido de Liberacion Dominicana (Partai Liberal Dominikan)</i>		Bank-bank Pengembangan Internasional
			Komisi Kesehatan Nasional	Direktur Institut Keamanan Sosial Dominikan		
			Universitas	Menteri Kesehatan		
			Ahli waris	Birokrasi Kementerian Kesehatan		

Kekuasaan Tinggi

Kekuasaan Menengah

Kekuasaan Lemah

Sumber: Glassman dkk (1999)

Mengembangkan strategi-strategi perubahan kebijakan

Di Bab 2, pembaca mempelajari bahwa pendekatan-pendekatan rasional seringkali digunakan untuk mengidentifikasi kebijakan optimal untuk sektor tertentu dan sekarang pembaca

mengetahui bahwa analisis *stakeholder* digunakan untuk memahami kepentingan-kepentingan dan jabatan-jabatan para pengambil kebijakan dalam arena-arena kebijakan. Ini merupakan awal yang baik. Karl Marx berkata, "Intinya adalah perubahan kebijakan". Mungkin tujuan pembaca kurang radikal daripada tujuan Marx, tetapi buku ini menarik untuk mempelajari perubahan kebijakan.

Roberts dkk (2000) mengatakan bahwa ada perubahan kebijakan politik yang ditentukan oleh jabatan, kekuasaan, para pengambil kebijakan dan persepsi. Kelangsung perubahan kebijakan dapat diperbaiki dengan mengembangkan strategi-strategi untuk mengelola jabatan para pengambil kebijakan, kekuasaan dan sumber daya politik di tangan para *stakeholder* utama. Jumlah pengambil kebijakan yang terlibat aktif dalam arena kebijakan mempengaruhi persepsi para *stakeholder* tentang masalah dan solusinya. Berdasarkan pengalaman yang berhubungan dengan reformasi sektor kesehatan di banyak negara, Roberts dan koleganya menyediakan panduan yang berguna dalam mempelajari variabel-variabel manajemen.

Kegiatan 10.6

Setelah selesai membaca ringkasan karya Roberts dkk di bawah ini, pembaca perlu mencatat strategi-strategi mana yang pembaca gunakan untuk usaha-usaha di masa lalu pembaca yang mempengaruhi perubahan, dan hal-hal lain yang pembaca pikirkan mungkin berguna dalam konteks kebijakan di mana pun Pembaca melakukannya.

Jabatan, kekuasaan, para pemain dan persepsi

Strategi-strategi jabatan

Roberts dkk memulai ulasan tentang strategi-strategi jabatan dengan mempresentasikan empat hal yang dapat digunakan untuk mengubah jabatan para pengambil kebijakan yang terkait dengan kebijakan khusus. Pertama, kesepakatan dapat dilakukan dengan para pelaku yang berlawanan, berposisi atau netral untuk melahirkan kebijakan yang lebih suportif atau kurang berlawanan dengan komponen kebijakan tertentu. Misalnya, para manajer penyedia layanan melakukan perlawanan atau oposisi terhadap sebuah proposal yang memperkenalkan program *user fees*. Perlawanan ini berhubungan dengan prosentase pendapatan untuk memperbaiki kualitas atau untuk menyediakan uang bagi staf mereka. Kedua, kesepakatan bisa dicapai melalui dukungan terhadap satu persoalan yang dianggap sebagai pengganti konsensi (kelonggaran) pada pihak lain. Misalnya, ikatan medis melakukan perlawanan atau oposisi terhadap proposal MOH untuk melatih staf paramedis dalam mengemban fungsi medis tambahan. Ini bisa terjadi jika MOH menyetujui penghentian proposal untuk mengekang pengeluaran dalam lembaga-lembaga pendidikan dan pengajaran. Ketiga, janji-janji memang bisa dibuat dengan mudah. Jika ikatan medis menghentikan perlawanan atau oposisinya terhadap program penataran paramedis, MOH bisa berjanji untuk mempertimbangkan kebutuhan yang memprioritaskan peningkatan jumlah dokter-dokter spesialis di daerah-daerah. Sebaliknya, ancaman-ancaman dapat digunakan untuk mengubah posisi-posisi atau jabatan-jabatan para pengambil kebijakan. Di Banglades, suatu badan pengembangan bisa mengancam atau menangguk bantuan jika MOH tidak melanjutkan programnya ke tahap reformasi. Sementara staf MOH sendiri mengancam mogok jika reformasi tidak terealisasi di kemudian hari. Sejumlah kesepakatan dapat dicapai dan kompromi dibuat untuk mengubah jabatan para pengambil kebijakan tanpa harus mengubah keseimbangan kekuasaan.

Strategi-strategi kekuasaan

Beberapa strategi dapat digunakan untuk mempengaruhi distribusi aset-aset politik para pengambil kebijakan yang terlibat dalam memperkuat kelompok-kelompok suportif dan merongrong

kelompok-kelompok oposisi. Hal ini memang diperlukan dengan menyediakan ruang bagi para pengambil kebijakan yang suportif dalam memahami hal-hal berikut:

- Keuangan, personel dan fasilitas-fasilitas
- Informasi untuk meningkatkan keahlian
- Akses ke para pengambil kebijakan dan media, atau
- Hubungan kemasyarakatan yang menyoroti keahlian, legitimasi, status korban atau ciri-ciri heroik para pengambil kebijakan yang suportif

Roberts dkk mengusulkan bahwa aksi-aksi dapat dilakukan untuk membatasi sumber daya yang berlawanan dalam mengambil kebijakan, misalnya dengan:

- Menantang legitimasi, keahlian atau motif mereka
- Mengklasifikasi kepentingan diri dan pelayanan pribadi
- Menolak bekerjasama atau membagikan informasi
- Mengurangi akses ke para pengambil kebijakan

Strategi-strategi pemain

Strategi-strategi ini memberi dampak pada sejumlah pengambil kebijakan yang terlibat dalam suatu persoalan, terutama untuk memobilisasi pihak-pihak yang netral dan mendemobilisasikan kelompok-kelompok yang melawan. Rekrutmen para pengambil kebijakan – terutama yang tidak dimobilisasi – dapat dicapai melalui kesepakatan. Untuk itu, perlu disampaikan pada kelompok bahwa acara dalam agenda dan persoalan-persoalan lain akan didiskusikan bersama. Tetapi ikatan penyedia layanan swasta tidak menyadari bahwa kebijakan tertentu sedang didiskusikan dan mempunyai konsekuensi-konsekuensi bagi anggota-anggotanya. Strategi-strategi ini akan lebih sulit diterapkan jika organisasi-organisasi baru terbentuk atau jika organisasi-organisasi ini terlibat dalam mendemobilisasikan kelompok yang telah memegang jabatan. Hal ini mungkin bisa mempengaruhi kelompok terutama karena pendanaan berdampak pada kalkulasi yang telah dilakukan sebelumnya – tetapi upaya-upaya apa pun bisa dilakukan untuk menyelamatkan wajah dari kalkulasi yang salah atau dipolitisir. Dengan demikian, pihak-pihak tertentu mungkin merongrong lawan-lawan dengan membagikan uang kepada mereka. Misalnya, perlu dilakukan identifikasi untuk kelompok kecil dalam kelompok lebih besar guna melirik keuntungan apa yang bisa diperoleh dari proposal pembaca dan dengan siapa pembaca memenangkannya. Roberts dkk mengusulkan *strategi pemain* yang membawa perubahan bagi proses peradilan untuk berbagai keputusan yang ambil melalui jalur hukum. Ini merupakan taktik yang pernah diterapkan oleh para donatur di Bangladesh ketika berkonfrontasi dengan oposisi untuk mereformasi Kementerian Kesehatan. Para donatur mencari sekutu dalam Kementerian Keuangan dan parlemen yang mungkin mendukung mereka dalam memenangkan proposal. Strategi-strategi pemain bertujuan untuk mengubah keseimbangan para pemain (dalam hal ini para pengambil kebijakan) melalui mobilisasi dengan mengefektifkan strategi-strategi simpatik dan oposisi.

Strategi-strategi persepsi

Melalui buku ini pembaca mengetahui kekuatan ide-ide dan peran persepsi bagi masalah dan solusinya. Ini semua memiliki posisi dan kekuatan tersendiri bagi para *stakeholder*. Sejumlah teknik digunakan untuk mengubah persepsi. Misalnya, data-data dan argumen dapat dipertanyakan kesahihannya dan hal yang perlu dikritisi adalah urgensi masalah atau solusinya yang melahirkan kebijakan-kebijakan. Kelayakan aksi publik dan swasta tidak luput dari serang dengan menggunakan *senjata* yang disebut teori ekonomi atau filsafat yang mampu mengubah persepsi mengenai suatu persoalan. Bahkan asosiasi-asosiasi bisa digunakan untuk mengubahnya sehingga tersedia kesempatan yang lebih luas bagi kelangsungan politik dan kehidupan sosial. Hal-hal demikian bisa

mengurangi penyakit sifilis bawaan dengan menghentikan pergaulan dengan sesama penderita sifilis yang seringkali dianggap aib (stigma) dan berkonotasi negatif karena penderita penyakit ini sering dicap orang dewasa tak bermoral dan tentu berhubungan dengan kondisi sosial yang bisa membebankan bagi penderita sendiri. Simbol-simbol bisa mengubah persepsi-persepsi tentang persoalan ini. Jadi, orang-orang yang berkepentingan bisa mengesahkan reformasi dan inisiatif baru bagi kesehatan publik dengan melibatkan intervensi-intervensi tertentu. Poin yang terakhir menekankan bahwa pesan-pesan akan semakin penting apabila kemampuan untuk melakukan sejumlah aksi dinilai menarik bagi para pengambil kebijakan dan publik.

Feedback

Pembaca telah mengetahui alat-alat yang telah diidentifikasi oleh Roberts dkk. Semuanya berguna untuk mempengaruhi posisi, kekuasaan, para pengambil kebijakan dan persepsi-persepsi yang berkaitan dengan perubahan kebijakan. Beberapa strategi terbuka berlaku bagi kebanyakan pengambil kebijakan, misalnya, membagikan atau menolak untuk membagikan informasi, mengubah persepsi tentang persoalan, atau memobilisasi kelompok-kelompok. Tetapi beberapa strategi hanya tersedia bagi kelompok-kelompok tertentu. Misalnya, taktik-taktik untuk meningkatkan sumber daya politik para pengambil kebijakan suportif yang pembaca telah akses melalui sumber daya yang didistribusikan kepada mereka. Demikian pula, banyak strategi yang bertujuan untuk mengubah jabatan para pengambil kebijakan dalam mengakses proses pengambilan keputusan terutama untuk persoalan-persoalan yang bisa diperjual-belikan. Selebihnya, kekuasaan perlu menyampaikan ancaman-ancaman bagi upaya kotor para pelaku yang hendak merusak kredibilitas para pengambil kebijakan.

Data-data untuk analisis kebijakan

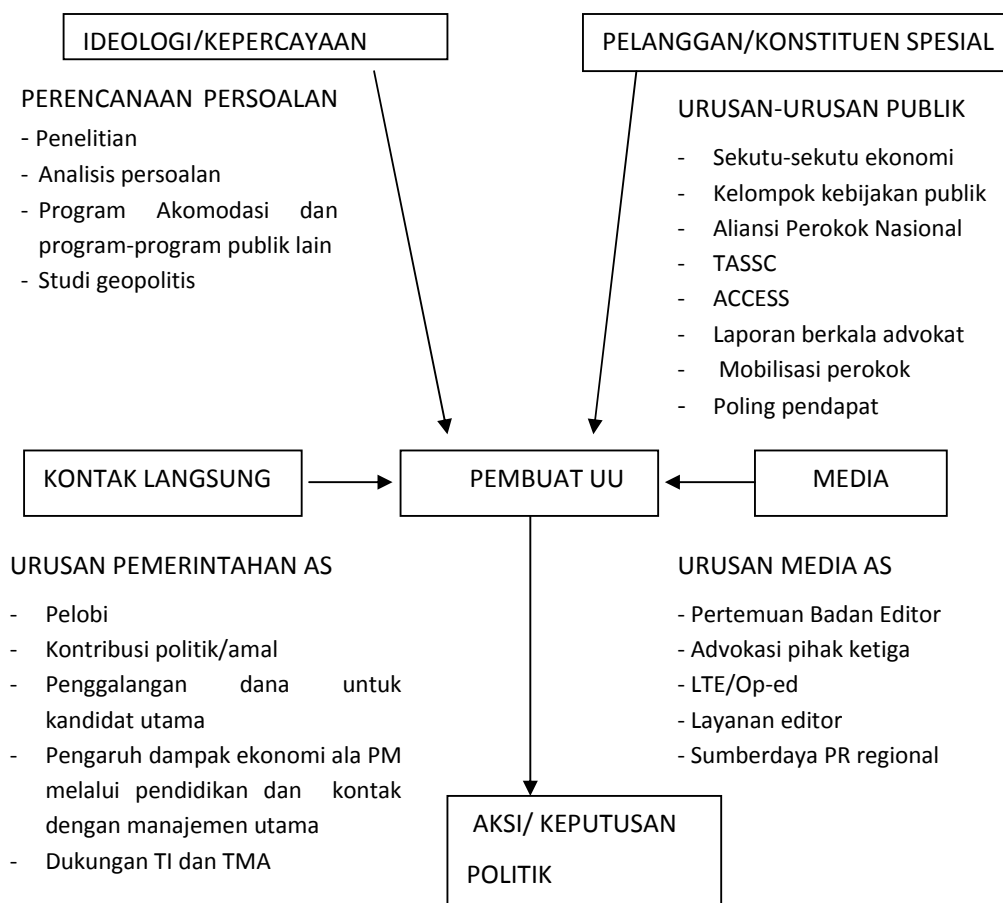
Kualitas analisis kebijakan pembaca akan bergantung pada keakuratan, kelengkapan dan relevansi informasi yang bisa Pembaca koleksi. Hal ini terkait dengan waktu dan sumber daya yang tersedia untuk pembaca, mandat resmi pembaca, dan kontak-kontak dalam ranah kebijakan yang relevan. Bukti-bukti untuk analisis kebijakan bisa berasal dari dokumen-dokumen dan masyarakat.

Dokumen-dokumen kebijakan

Dokumen-dokumen kebijakan yang relevan menyertakan buku-buku dan jurnal-jurnal akademik (seperti *Journal of Health Politics, Policy and Law, Social Science and Medicine, Health Affairs, Health Policy, Journal of Health Services Research and Policy, atau Health Policy and Planning*), laporan dan evaluasi yang dihasilkan oleh kelompok-kelompok kepentingan, kelompok ahli dan konsultan, pemerintahan dan laporan-laporan dan dokumen-dokumen antar pemerintahan (misalnya, WHO) dan media. Pencarian literatur dimulai dengan pencarian topik tentang masalah kesehatan atau kebijakan Pembaca dengan menggunakan layanan berupa susunan daftar isi misalnya *Social Science Citation Index* atau *US National Library of Medicine's MEDLINE* (www.nlm.nih.gov). Di era kejayaan internet, selalu ada informasi yang mengulas tentang berbagai kebijakan dan konteksnya yang bisa dicari dengan menggunakan mesin-mesin website. Ada pula jurnal-jurnal yang membahas tentang informasi di internet. Tetapi pembaca perlu mengkritisi setiap informasi secara teliti karena tidak jelas kelompok atau individu mana yang telah menerbitkannya (apakah yang lembaga, individu atau kelompok mempunyai kredibilitas). Sedangkan laporan-laporan lain yang tidak dimuat, pesan-pesan email, notulen rapat, nota atau surat peringatan dan dokumen-dokumen "internal" lain bisa berguna untuk menyingkap kepentingan-kepentingan pelaku yang sesungguhnya – tetapi biasanya sangatlah sulit untuk mengaksesnya. Dokumen-dokumen internal tentang industri tembakau – yang terkait dengan proses peradilan terhadap perusahaan-perusahaan di Amerika Serikat tahun 1998 – menyediakan laporan yang mengkaji tentang tujuan-tujuan industri, kepentingan-kepentingan dan aktivitas-aktivitas yang berhubungan langsung dengan kebijakan-

kebijakan kesehatan dan organisasi-organisasi (misalnya, kebijakan atau organisasi mana yang merong-rong atau meremehkan Kerangka Konvensi terhadap Kontrol Tembakau dan menggunakan pengaruh WHO). **Gambar 10.1** merupakan dokumen internal yang mengungkapkan bagaimana Phillip Morris menjelaskan tentang pengaruh keputusan-keputusan atau kebijakan-kebijakan di Amerika Serikat.

Dalam menghadapi persoalan ini, pembaca bisa berkonsultasi dengan sumber data statistik untuk membenarkan adanya kulminasi masalah sehingga membantu pembaca dalam membongkar masalah atau merongrong atau mengabaikan argumen lawan-lawan pembaca. Organisasi-organisasi internasional seperti WHO dan World bank menyediakan data yang relevan tentang kebijakan pemerintah dan badan-badan sub nasional pemerintah (tersedia di website mereka).



Gambar 10.1 Alat-alat yang digunakan untuk mempengaruhi keputusan-keputusan legislatif
 Sumber: Phillip Morris (PM) (tidak ada tahun terbitnya)

Tujuan analisis dokumentasi adalah untuk memberikan bukti yang menjelaskan atau memprediksi perubahan kebijakan. Oleh karena itu, pembaca perlu mencari bukti tentang variabel-variabel relevan yang kontekstual (bersifat situasional, struktural, kultural dan eksogen = berasal dari atau disebabkan oleh faktor-faktor dari luar organisme), tentang para pelaku (kekuasaan, kepentingan, jabatan dan komitmen), muatan (tujuan kebijakan) dan proses-prosesnya. Meskipun ada sejumlah pendekatan untuk menggali data dari sumber-sumber dokumentasi, kebanyakan para analis kebijakan bergantung pada analisis muatan/isi yang terdiri dari dua jenis. Pertama, analisis isi kuantitatif yang didefinisikan sebagai pendekatan sistematis untuk mengukur secara kuantitatif isi atau muatan dokumen-dokumen menurut kategori-kategori yang telah ditentukan sebelumnya.

Misalnya, seorang analis kebijakan mencari sampel koran-koran nasional untuk mencatat jumlah kolom yang didedikasikan secara khusus untuk isu-isu kesehatan seperti penyakit AIDS.

Pada jangka waktu tertentu pembaca bisa menilai apakah media mendukung kepentingan publik dalam hal ekspos kebijakan-kebijakan. Di sini penyakit AIDS merupakan kategori yang telah ditentukan sebelumnya. Oleh karena itu, seorang analis mungkin memeriksa jenis-jenis dokumen yang lebih luas untuk menyingkap posisi para *stakeholder* yang berkaitan dengan kebijakan-kebijakan khusus pada jangka waktu tertentu. Ada kasus-kasus tentang para pelaku dan jabatan-jabatan yang merupakan kategori-kategori yang telah ditentukan sebelumnya.

Sebaliknya, analisis isi yang bersifat kualitatif bertujuan untuk menyingkap tema-tema pokok dalam materi dokumentasi. Analisis kebijakan melalui koran-koran yang memuat berita AIDS, misalnya, berkaitan dengan upaya memeriksa editorial sehingga bisa memahami apakah ada dukungan bagi kebijakan pemerintah tentang AIDS atau apakah pers menyebarkan berita-berita tentang penyakit yang tidak akurat secara ilmiah. Seorang analis mungkin mencari dokumen-dokumen untuk mengetahui bukti argumen yang digunakan guna mendukung atau membingkai sudut pandang kebijakan-kebijakan. Tema-tema diringkas dengan menggunakan analisis isi yang bersifat kualitatif dan perlu digambarkan secara gamblang dengan menggunakan kutipan-kutipan atau ilustrasi-ilustrasi dari berbagai dokumen.

Kegunaan analisis dokumentasi terletak pada kualitas dokumen-dokumen yang menjadi acuannya. Bryman (2004) mengatakan bahwa sejumlah pertanyaan harus diajukan untuk menilai sumber-sumber dokumentasi secara kritis termasuk:

- Siapa yang menulis dan menerbitkan dokumen?
- Mengapa dokumen dibuat/disusun?
- Apakah penulis berada pada posisi otoritatif (berwenang) tentang pokok dikusi (subject)?
- Apakah materi otentik?
- Kepentingan apa yang dimiliki penulis?
- Apakah dokumen representatif atau tidak – dan jika demikian, selanjutnya bagaimana?
- Apakah makna dalam dokumen jelas?
- Dapatkah isi dokumen membenarkan atau menguatkan sumber-sumber lain?
- Apakah interpretasi terhadap dokumen bisa dilakukan?

Mengumpulkan data dari masyarakat

Berbicara dengan para penulis dan melakukan survei tentang para *stakeholder* utama bisa membantu Pembaca dalam menyediakan informasi tentang analisis kebijakan. Metode-metode ini mungkin merupakan satu-satunya cara untuk mengumpulkan informasi yang valid tentang kepentingan politik dan sumber daya yang dimiliki oleh para pengambil kebijakan. Atau untuk mendukung ini semua, pembaca bisa mengumpulkan informasi historis dan kontekstual. Survei-survei merepresentasikan metode kuantitatif untuk pengumpulan informasi kuesioner atau wawancara terstruktur. Survei-survei bisa diselenggarakan dengan melibatkan orang atau melalui email atau email kompetisi diri. Survei-survei terkadang digunakan oleh para analis untuk memperoleh informasi dasar yang berhubungan dengan persepsi-persepsi para *stakeholder* tentang masalah. Jika demikian, apakah posisi mereka terhadap kebijakan-kebijakan akan terancam jika informasi ini tidak diperoleh dari sumber-sumber dokumentasi yang kredibel.

Wawancara berstruktur tak teratur (*semi-structured*) lebih bermanfaat daripada survei untuk mendapatkan informasi yang lebih sensitif karakternya. Tujuan wawancara adalah untuk mendapatkan data-data yang bermanfaat dan valid tentang persepsi para *stakeholder* terhadap kebijakan-kebijakan publik. Uniknyanya bahwa apa yang disebut pedoman topik atau wawancara

ternyata bisa digunakan untuk mendorong para analis dalam mengkaji sejumlah persoalan dari setiap responden – sebagian bisa bertentangan dengan pertanyaan-pertanyaan yang ditentukan sebelumnya. Intinya adalah fleksibilitas (keluwesan) dan ketidakstabilan dalam setiap wawancara sehingga responden merasa nyaman untuk menyampaikan laporan atau kisah-kisah secara gamblang dan detil. Dengan demikian, pertanyaan-pertanyaan terbuka diperlukan (misalnya pertanyaan-pertanyaan yang memerlukan jawaban “ya” atau “tidak”) dengan mengikuti urutan kejadian sedemikian rupa sehingga berhubungan dengan persoalan-persoalan yang lebih faktual dan teliti sebelum bagian-bagian yang lebih sulit ditangani tetapi pemahaman yang mendalam diperlukan untuk hal ini.

Wawancara-wawancara tentang kebijakan kesehatan cenderung dilakukan oleh para pengambil kebijakan yang senior dan kelompok-kelompok kepentingan yang representatif sehingga mempunyai ciri-ciri yang spesial. Wawancara seperti ini terkadang disebut wawancara kaum elit. Wawancara kaum elit mempunyai tantangannya tersendiri. Pertama, peneliti seringkali sulit untuk merekrut para responden dalam penelitian karena mereka waspada dan hati-hati dalam hal proyeksi hasil-hasil yang digunakan, terutama jika berpatokan pada analisis yang bisa merongrong tujuan-tujuan kebijakan mereka. Kedua, kaum elit mungkin tidak memiliki waktu yang cukup untuk wawancara. Ketiga, kaum elit mungkin mempunyai posisi yang bisa dicapai secara efisien melalui dokumen-dokumen kebijakan. Seringkali kenyataan menunjukkan bahwa mewawancarai pegawai di luar kantor (atau jam-jam kantor) lebih produktif dan efektif karena bisa mendorong mereka untuk memberikan komentar-komentar informatif “yang dijaga kerahasiaannya”.

Individu-individu relevan yang diwawancarai dapat diidentifikasi melalui tinjauan literatur dan dokumen-dokumen yang bisa mengakomodasi organisasi-organisasi dan pelaku yang tertarik pada persoalan-persoalan. Individu-individu bisa mengidentifikasi lebih lanjut informasi dari para informan yang pada gilirannya memperjelas identifikasi persoalan-persoalan lain (disebut teknik “bola salju”). Misalnya, mewawancarai staf yang telah pensiun dari organisasi-organisasi bisa menghasilkan perspektif yang lebih jujur dan analitis karena individu-individu ini mempunyai waktu untuk berpikir dan mungkin mereka tidak takut adanya aksi balas dendam – dan mungkin mereka mempunyai cukup waktu untuk berpartisipasi dalam wawancara. Untuk itulah, peneliti perlu mengadakan pendekatan dengan individu-individu yang kaya dengan informasi, kekuasaan, dan dukungan suportif terhadap kebijakan-kebijakan. Sementara mereka terkadang membenci atau menghalangi akses ke orang-orang yang akan mewawancarainya.

Wawancara tidak perlu dilakukan secara perorangan tetapi bisa dilakukan melalui telepon atau korespondensi email. Pemikiran harus diberikan untuk memperkenalkan tujuan wawancara sedemikian sehingga lebih jujur, terbuka dan etis tetapi bisa menghasilkan data-data yang lebih baik. Demikian pula, peneliti perlu menginformasikan kepada responden tentang kegunaan informasi dan apakah peneliti tidak menyebutkan nama asli responden sehingga berada di luar jangkauan publik. Pro dan kontra tentang penggunaan rekaman digunakan untuk mengumpulkan data tetapi apapun keputusannya, sangatlah penting untuk mencatat kembali hasil rekaman segera setelah wawancara selesai dilakukan dan tidak boleh ada penekanan yang berlebihan ketika melakukan transkrip rekaman.

Keterbatasan data wawancara terkait dengan asumsi tentang apa kata orang dan bagaimana mereka mengatakannya, apakah berlawanan dengan apa sebenarnya dilakukan atau dipikirkan. Masalah ini dapat diatasi dengan menggunakan tanggapan-tanggapan “triangulasi” dari para informan lain atau data yang dikumpulkan melalui cara lain termasuk observasi dalam pertemuan-pertemuan atau melalui sumber-sumber dokumentasi.

Singkatnya, baik dokumen maupun masyarakat merupakan sumber-sumber bukti penting untuk analisis kebijakan dan pendekatan kuantitatif dan kualitatif yang diperlukan untuk

mengumpulkan informasi. Sumber-sumber dan metode-metode bisa meningkatkan pemahaman dan validitas hasil-hasil penelitian. Sekali Pembaca terlibat dalam analisis kebijakan riil, pembaca akan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tambahan tentang pengumpulan data-data dan akan lebih memaklumi bahwa konsultasi tetap diperlukan dengan pedoman metode-metode penelitian sosial seperti yang pernah dikatakan Bryman (2004).

Analisis data: menerapkan segi tiga kebijakan

Segi tiga analisis kebijakan menyediakan pedoman yang sangat berguna untuk membuat penyelidikan atau pendalaman persoalan-persoalan tentang kebijakan kesehatan yang lebih sistematis. Namun hal ini sulit diterapkan ketika Pembaca menulis data-data karena konsep-konsep berbeda dari para pelaku atau proses-proses lain terjalin secara integral. Beberapa peneliti mempresentasikan analisis kebijakan yang membicarakan tentang muatan/isi, para pengambil kebijakan, proses-proses dan konteks penelitian.

Trostle dkk (1999) menganalisis kebijakan-kebijakan tentang AIDS, kolera, keluarga berencana dan imunisasi di Meksiko sehingga bisa memahami bahwa para peneliti mempengaruhi para pengambil kebijakan. Ada sejumlah faktor yang bisa memperlancar atau bahkan menghalangi interaksi dan analisis data-data. Dengan demikian, diperlukan hal-hal berikut ini:

- Ada muatan kebijakan dan faktor-faktor yang ikut mempengaruhi (misalnya, penelitian yang berkualitas baik) atau mendesak terealisasinya penekanan khusus (misalnya, kosa kata akademik, rekomendasi yang tidak riil)
- Para pengambil kebijakan terlibat dalam setiap kebijakan termasuk faktor-faktor pendukung (misalnya, jaringan yang menyetujui persoalan-persoalan prioritas) atau penghalang (misalnya, kekurangan dalam konteks latar belakang teknis di antara para pengambil kebijakan) hubungan
- Proses-proses yang meliputi saluran komunikasi dan peristiwa-peristiwa bisa mendukung atau menghalangi penggunaan penelitian
- Faktor-faktor kontekstual mendukung (misalnya, kestabilan negara) atau menghalangi penelitian yang kemudian berpengaruh pada kebijakan (misalnya, sentralisasi kekuasaan dan informasi)

Realitas ini hanya satu dari banyak cara untuk mengorganisir pembahasan materi Pembaca. Tetapi secara keseluruhan tidaklah selalu mudah untuk melakukan pendekatan dalam setiap analisis Pembaca seperti narasi: suatu kisah yang dibangun dengan memperhatikan tahap awal, tengah dan akhir. Misalnya, jika Pembaca mengatur data-data dan analisis secara kronologis, terutama tentang tahap-tahap yang mendorong pembelajaran (*heuristic*), pembaca akan memulainya dengan penentuan agenda, melanjutkan formulasi dan implementasi kebijakan, dan diakhiri dengan evaluasi tentang apa yang telah terjadi dalam "kisah" seputar kebijakan-kebijakan. Bagian terakhir ini merupakan diskusi yang membahas tentang proses terjadi persoalan-persoalan tertentu.

Ketika mengumpulkan data-data, pembaca perlu memperhatikan ketepatan waktu: menulis tanggal terjadinya peristiwa-peristiwa, pertemuan-pertemuan atau konferensi-konferensi yang menghasilkan penelitian, kisah-kisah media, atau perubahan dalam pemerintahan yang memberikan efek khusus terhadap analisis pembaca termasuk bagaimana persoalan demi persoalan bersinergi dengan agenda kebijakan. Pembaca boleh memulai narasi dengan mendeskripsikan latar belakang persoalan yang Pembaca bahas, kemudian mengacu pada beberapa atau semua faktor kontekstual ala Leichter yang terkenal dengan sebutan faktor situasional, struktural, kultural atau eksternal (Pembaca telah mempelajarinya di Bab 1). Setelah melakukan analisis, pembaca dapat melangkah ke tahap penetapan agenda, peran apa yang dimainkan para pengambil kebijakan dalam menyikapi persoalan, apakah media terlibat dan lain sebagainya.

Setelah membentuk agenda kebijakan, pembaca mendeskripsikan siapa yang terlibat dalam memformulasikan kebijakan: apakah kebijakan telah disiapkan dalam bidang pemerintahan yang berhubungan dengan menteri-menteri keuangan dan kesejahteraan sosial? Analisis Pembaca boleh mengacu pada LSM atau sektor swasta dalam hal konsultasi lanjutan atas data-data penelitian pembaca. Jika tidak, bisa dibayangkan mungkin mereka mencoba mempengaruhi formulasi kebijakan pembaca. Tetapi pembaca harus mendeskripsikan isi dari setiap kebijakan (misalnya, siapa saja yang disertakan dalam penelitian, apakah ada implikasi pembiayaan) tanpa merasa takut akan intervensi-intervensi.

Tahap ketiga adalah implementasi. Pada tahap ini pembaca kembali mengacu pada apa yang pernah terjadi terkait dengan formulasi kebijakan pembaca – bagaimana hal itu bisa dilakukan? Apakah ada komunikasi antara para pengambil kebijakan dan pihak-pihak yang mempraktekannya? Atau apakah ada instruksi *top-down* dengan asumsi bahwa para pelaksana kebijakan mampu melaksanakannya? Pitayarangsarit (2004) mengulas secara khusus tentang analisis hasil-hasil kebijakan asuransi kesehatan universal di Thailand.

Bab-bab awal dalam karya Pitayarangsarit mengulas tentang latar belakang reformasi kebijakan radikal Thailand. Bab 3 membahas tentang proses penentuan agenda – mendeskripsikan bagaimana cakupan universal setiap agenda yang telah dibahas selama bertahun-tahun. Tetapi yang muncul ke permukaan adalah kiprah partai politik yang baru terbentuk kala itu yakni partai Thai-Rak-Thai. Tahun 2001 partai ini mulai berkuasa dan memasukkan pelayanan kesehatan universal ke dalam prioritas-prioritas kebijakan dan agenda-agenda politiknya. Bab berikutnya berfokus pada proses formulasi kebijakan setelah berlangsungnya pemilihan umum. Hasilnya menunjukkan bahwa para pengambil kebijakan (elit pengambil kebijakan) dan jaringan (masyarakat yang berkebijakan ketat) menegosiasikan rancangan dan bentuk kebijakan yang diinginkan termasuk ketentuan siapa saja yang tidak terlibat dalam setiap formulasi kebijakan (konsumen). Bab-bab berikutnya mengulas tentang implementasi kebijakan di tingkat nasional, provinsi dan lokal, dan sekali lagi, para pengambil kebijakan harus mendemonstrasikan kompleksitas dan realisasi kebijakan serta strategi-strategi yang digunakan dalam merealisasikannya (misalnya, mengakui fleksibilitas di tingkat lokal).

Dalam pendekatan narasi, pembaca mempelajari proses dan para pengambil kebijakan. Maka pembaca perlu menganalisis data-data Pembaca melalui interpretasi dokumen-dokumen. Kemudian pembaca membuat penilaian tentang siapa yang berkuasa atau yang mempunyai pengaruh dominan pada setiap tahap proses pengambilan keputusan. Ingat bahwa pembaca harus mendemonstrasikan atau mempresentasikan analisis berdasarkan data-data dan tidak hanya membuat penilaian berdasarkan keyakinan sendiri. Pembaca harus mendukung analisis dengan menyebutkan sumber-sumber analisis: "Empat belas (dari enam belas) orang yang diwawancarai mengusulkan bahwa Perdana Menteri dan komitmennya terhadap kebijakan merupakan faktor penting dalam mempelajari agenda kebijakan."

Politik dan etika dalam analisis kebijakan

Dalam buku ini pembaca mempelajari tentang perubahan kebijakan yang bersifat politis dan dalam bab ini pembaca mengetahui analisis kebijakan yang bermuara pada eksistensi politik dan kekuasaan. Para pengambil kebijakan perlu membuat alternatif kebijakan dan konsekuensinya yang lebih eksplisit dan memperbaiki kemungkinan terjadinya kebijakan politik yang tidak bersifat netral dan kebal terhadap politik. Oleh karena itu, para analis kebijakan mendasarkan analisisnya pada kebijakan yang lebih baik (misalnya, kebijakan untuk memperbaiki efisiensi, hak atau mengemukakan masalah tentang pentingnya kesehatan publik), atau memperbaiki proses-proses kebijakan (misalnya, proses-proses pengambilan kebijakan yang adil dengan melibatkan semua *stakeholder* dan mereka diberi kesempatan untuk mengemukakan pandangan yang mempengaruhi kebijakan).

Substansi dan proses analisis kebijakan dipengaruhi oleh tiga domain: (1) siapa yang memberikan dana, (2) siapa yang melakukan dan (3) menginterpretasikan analisis masalah.

Ketika mempelajari bab ini, hal yang tidak dilewatkan adalah analisis kebijakan berkelanjutan tetapi sistematis dalam upaya mengedepankan sumber dana untuk dukungan intensif yang diperlukan. Tidak semua pengambil kebijakan didukung oleh sumber-sumber dana. Maka analisis kebijakan mendorong distribusi sumber daya kekuasaan dan ekonomi: pihak-pihak yang memiliki sumber daya politik kemungkinan besar mendanai analisis kebijakan tetapi pengaruhnya bisa berimbas pada siapa yang akan menggunakan analisis dan bagaimana hal itu digunakan. Kelompok yang memiliki sumber daya politik menempati posisi yang lebih baik dalam mengembangkan strategi-strategi politik untuk mengatur posisi, para pengambil kebijakan, kekuasaan dan persepsi seputar kebijakan-kebijakan. Dalam konteks ini, analisis kebijakan mendorong tercapainya status quo.

Analisis kebijakan tidak hanya dipengaruhi oleh kepentingan-kepentingan dan kekuasaan tetapi juga oleh interpretasi-interpretasi. Persoalan-persoalan ini justru bisa menimbulkan pertanyaan-pertanyaan tentang bagaimana peran para analis, atau organisasi-organisasi tempat mereka bekerja, dalam bagaimana pula proses analisis kebijakan dilakukan. Jika analisis bertumpu pada kebijakan, maka para analis akan menghasilkan kebijakan-kebijakan opsional. Tujuan kebijakan mungkin aneh karena lebih mementingkan "kebijakan yang baik" seperti yang dibahas di atas (misalnya, profesi kesehatan mengutamakan strategi efektivitas biaya). Mengingat bahwa tidak semua analis netral, maka mungkin sulit untuk mencapai hasil analisis kebijakan yang adil atau tidak memihak. Sementara itu, ada cara-cara lain yang ditempuh untuk mengurangi prasangka, misalnya, dengan menggunakan metode triangulasi, sumber informasi dan hasil-hasil uji coba bersama kolega sehingga semua pihak belajar menerima fakta sehingga hasil-hasil analisis kebijakan tidak akan menimbulkan prasangka lagi.

Analisis kebijakan memunculkan banyak persoalan etis. Misalnya, etiskah untuk membiarkan kelompok berpartisipasi dalam proses kebijakan demi mengembangkan koalisi yang lebih kuat? Apakah etis untuk merong-rong legitimasi lawan atau untuk menyembunyikan informasi dari diskursus publik untuk tujuan-tujuan taktik lain? Seberapa jauh orang harus kompromi dengan pilihan-pilihan kebijakan untuk mengakomodasi kebijakan-kebijakan? Pembaca bisa mendikte nilai-nilai yang ada termasuk bagaimana menjawab pertanyaan-pertanyaan. Ketika memberikan tanggapan, pembaca perlu mengasumsikan bahwa para pengambil kebijakan yang lain menggunakan metode-metode yang sama atau teknik-teknik lain untuk memanipulasi substansi dan proses pengambilan kebijakan sehingga mereka memperoleh keuntungan. Hal ini mengingatkan pada keputusan bahwa dengan mengikuti teknik-teknik tertentu, pembaca dapat mengelola secara strategis proses pengambilan kebijakan untuk mencapai tujuan-tujuan Pembaca. Sebagai alternatif lain, mungkin pembaca merasa tidak nyaman dengan beberapa strategi dan memutuskan bahwa akhirnya kelicikan dan kecurangan tidak dibenarkan dalam mengambil keputusan. Sedangkan metode-metode atau teknik-teknik berhubungan dengan nilai-nilai, etika, waktu, sumber daya dan biaya emosional yang membawa kemajuan berarti tetapi terkadang berujung pada kegagalan dan perubahan kebijakan-kebijakan tertentu. Tidak ada yang salah dengan upaya-upaya pembaca untuk meninggalkan atau mengadopsi strategi politik – terutama yang berdasarkan pada pemahaman solid tentang fakta bahwa perubahan kebijakan yang benar-benar sukses tetap memerlukan pendekatan politik.

Rangkuman

Di bab ini pembaca telah mempelajari tentang penggunaan konsep retrospektif dan prospektif dalam analisis kebijakan termasuk pendekatan *stakeholder* yang juga berguna dalam melakukan analisis kebijakan. Pembaca menggunakan pendekatan ini untuk mengidentifikasi

pengambil kebijakan, menilai kekuasaan, kepentingan dan posisi mereka yang terkait dengan persoalan kebijakan dan mengembangkan peta jabatan atau posisi yang mengadalkan kebijakan basis analisis. Sejumlah strategi untuk mengelola jabatan atau posisi, kekuasaan, para pengambil kebijakan dan persepsi mereka berhubungan dengan perubahan kebijakan terutama yang bisa ditinjau dari sudut pandang sumber informasi bagi realisasi analisis kebijakan. Dengan cara ini, sebenarnya pembaca sedang dibekali dengan strategi-strategi yang bisa digunakan dalam mengantisipasi perubahan-perubahan kebijakan. Tetapi untuk mewujudkan ini diperlukan bukti-bukti dan kreativitas belum termasuk nilai-nilai dan pertanyaan-pertanyaan etis. Sedangkan analisis kebijakan terus mendorong terciptanya status quo. Akhirnya, tanpa dukungan analisis kebijakan atau partisipasi aktif kelompok-kelompok tertentu, kekuasaan akan dihadapkan dengan kerugian-kerugian yang terus-menerus yang menggerogotinya.

Referensi

- Bryman A (2004). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press
- Glassman A, Reich MR, Learson K dan Rojas F (1999). Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 14: 115-26
- Kingdon JW (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edn. New York: Harper Collins
- Philip Moris (no date) PM tools to affect legislative decisions. October 2003. Bates No. 204770711. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/>
- Pitayarangsarit S (2004). The introduction of universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses. Unpublished doctoral thesis. London School of Hygiene & Tropical Medicine
- Reich MR (1996). Applied political analysis for health policy reform. *Current Issues in Public Health* 2: 186-91
- Reich MR dan Cooper DM (1996). *Policy Maker: Computer-Assisted Political Analysis*. Software and Manual. Brookline, MA: PoliMap
- Roberts MJ, Hsiao W, Beran P dan Reich MR (2004). *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press
- Trostle J, Bronfman M dan Langer A (1999). How do researchers influence decision maker? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning* 14: 103-14
- Varvasovszky Z dan Brugha R (2000). How to do a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning* 15(3): 338-45
- Weimer DL dan Vining AR (1999). *Policy Analysis: Concepts and Practices*. 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall