

# **Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (Kode : KMS 473)**



**Dosen Pengampu:  
Nauri Anggita Temesvari, SKM, MKM**

**Prodi Kesehatan Masyarakat  
Universitas Esa Unggul  
2018**

# Pertemuan 3

## ANALISIS KEBIJAKAN PUBLIK

### Topik 1 Kebijakan Kesehatan

Sistem kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari pembangunan kesehatan. Intinya sistem kesehatan merupakan seluruh aktifitas yang mempunyai tujuan utama untuk mempromosikan, mengembalikan dan memelihara kesehatan. Sistem kesehatan memberi manfaat kepada masyarakat dengan distribusi yang adil. Sistem kesehatan tidak hanya menilai dan berfokus pada “tingkat manfaat” yang diberikan, tetapi juga bagaimana manfaat itu didistribusikan.

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 menjadisedemikian 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.

Kebijakan sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu dalam 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 pembuat 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 cabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multi nasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan disusun di sektor swasta dan pemerintah. Di sektor swasta, konglomerat multi nasional dapat menyusun kebijakan bagi semua anak perusahaannya di seluruh 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 di tahun 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, anda 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 anda 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 hal 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 (missal: 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 anda lihat, materi ini mengambil pendapat terakhir tentang kebijakan kesehatan, dan meletakkannya dalam suatu kerangka yang mencakup politik. Politik tidak dapat dipisahkan dari kebijakan kesehatan. Jika anda menerapkan epidemiologi, ilmu ekonomi, biologi atau profesi dan pengetahuan teknis lainnya ke dalam kehidupan sehari-hari, politik akan mempengaruhi anda. 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 1990-an 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 melaksanakannya? 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 ditetapkan tarif layanan kesehatan, maka Pemda membatalkan kebijakan yang dibuat oleh menteri kesehatannya yang terdahulu. Untuk memahami bagaimana Presiden Uganda membuat keputusan tersebut, anda 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.

## **Topik 2 Analisis Kebijakan Kesehatan**

Kerangka yang digunakan dalam hal ini untuk 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 materi 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)

**a. Para Pelaku Penyusun Kebijakan**

Seperti yang anda 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 penjelasan selanjutnya, anda 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.

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.

#### **b. 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 diantara 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 dibanyak 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 seksual 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 mengimunisasi polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk ke daerah tersebut dibawa oleh orang-orang yang tidak diimunisasi 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 ilegal 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.

### **c. Proses**

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 ‘tahapan 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.
- Perumusan kebijakan: menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.
- 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.
- 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.

#### **d. Menggunakan Segitiga Kebijakan Kesehatan**

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.

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.

Anda bisa menggunakan segitiga kebijakan kesehatan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu atau anda 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.

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.

Contoh Analisa Segitiga Kebijakan Kesehatan:

**PENDEKATAN SEGITIGA KEBIJAKAN PERATURAN PEMERINTAH  
REPUBLIK INDONESIA NOMOR 61 TAHUN 2014 TENTANG KESEHATAN  
REPRODUKSI**

Penulis: Yuli Rukmi Hasanah (2014)

Pembangunan kesehatan bagian dari pembangunan nasional yang diarahkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia dan dilaksanakan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesehatan itu sendiri merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dan kesehatan juga merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana yang telah ada didalam isi Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Salah satu bagian terpenting dari kesehatan adalah kesehatan reproduksi. Pengertian kesehatan reproduksi hakekatnya telah tertuang dalam Pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Setiap orang berhak untuk mendapatkan keturunan, termasuk juga hak untuk tidak mendapatkan keturunan, hak untuk hamil, hak untuk tidak hamil, dan hak untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan. Pemahaman kesehatan reproduksi tersebut termasuk pula adanya hak – hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, efektif, dan terjangkau.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi yang paling penting adalah masalah kesehatan ibu, infertilitas dan aborsi, terutama pada kesehatan reproduksi perempuan. Permasalahan kesehatan ibu menjadi penting karena angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi dan memerlukan perhatian serta upaya khusus untuk menurunkannya. Sedangkan infertilitas dan aborsi menjadi isu penting karena sangat terkait dengan aspek etikolegal. Kesehatan ibu yang disebut juga sebagai kesehatan maternal, merupakan bagian dari kesehatan reproduksi perempuan yang mencakup kesehatan reproduksi sejak remaja, saat sebelum hamil, hamil, persalinan, dan sesudah melahirkan.

Maka dari itu dengan adanya kasus yang telah terjadi di akhir – akhir ini menyatakan bahwa munculnya kasus negative mengenai kesehatan reproduksi. Hal ini merupakan tugas utama pihak pemerintah sebagai stakeholder untuk membuat kebijakan demi meminimalisir adanya kasus dan jatuhnya korban yang tidak lain adalah masyarakat itu sendiri. Sehingga akan membawa dampak pada menurunnya kualitas hidup masyarakat serta derajat kesehatan masyarakat. Dengan ini penulis akan menganalisis mengenai

kebijakan yang sudah ada sesuai dengan pendekatan segitiga kebijakan yang bersifat retrospektif (*analysis of policy*).

Untuk dapat meningkatkan kualitas kesehatan dalam mempengaruhinya faktor – faktor penentu di sector kesehatan, maka diperlukannya suatu kebijakan kesehatan. Karena pentingnya suatu kebijakan kesehatan tersebut, maka perlu untuk dilakukan analisis kebijakan yang bertujuan untuk memperoleh penjelasan mengenai hasil kebijakan yang akan dicapai, dan piranti untuk membuat model kebijakan di masa depan dan mengimplementasikan dengan lebih efektif. Kebijakan kesehatan khususnya Pelayanan Kesehatan merupakan suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pada empat faktor tersebut yaitu konteks, actor, proses, dan isi (konten). 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 ideology, dalam hal sejarah dan budaya, serta proses penyusunan kebijakan, bagaimana isi dapat menjadi agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga yang dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukkan seluruh bagian ini. Segitiga kebijakan dapat bersifat Retrospektif yaitu meliputi evaluasi dan monitoring kebijakan) dan prospektif yaitu memberi pemikiran strategis, advokasi dan lobio kebijakan).

Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 merupakan peraturan yang mengatur tentang kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Setiap orang berhak untuk mendapatkan keturunan, termasuk juga hak untuk tidak mendapatkan keturunan, hak untuk hamil, hak untuk tidak hamil, dan hak untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan (Pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009).

Ruang lingkup pengaturan Kesehatan Reproduksi dalam Peraturan Pemerintah ini meliputi:

- Pelayanan kesehatan ibu;
- Indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagai pengecualian atas larangan aborsi; dan
- Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami.

Penetapan peraturan ini merupakan bentuk tanggung jawab Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat atas pemberian informasi dan pelaksanaan edukasi mengenai kesehatan reproduksi bagi masyarakat khususnya generasi muda. Diantaranya informasi dan edukasi mengenai keluarga berencana dan metode kontrasepsi sangat perlu ditingkatkan. Dengan informasi dan edukasi tersebut, diharapkan dapat menurunkan kejadian premarital seks, seks bebas serta angka kehamilan yang tidak

diinginkan yang dapat menjurus ke aborsi dan infeksi menular seksual termasuk penularan HIV dan AIDS.

## **1. Aktor**

### a. Pembuatan atau penyusunan Kebijakan

- Kementerian Kesehatan: Mengidentifikasi status kesehatan masyarakat sebagai bahan perumusan kebijakan
- Kementerian Sosial dan Kementerian Dalam Negeri: Program intervensi pengentasan kemiskinan, PNPM Generasi dan PKH
- Pemerintah Pusat (Presiden Republik Indonesia) : Yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- LSM nasional dan internasional: Berperan dalam penyusunan kebijakan public termasuk pengalokasian anggaran yang bersumber dari APBD.
- Dinas Kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota
- Kelompok intersektoral dipimpin oleh Bappenas di tingkat pusat dan Bappeda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota

### b. Sumber Daya Keuangan

- Pemerintah
- Masyarakat
- Sektor Swasta

### c. penyediaan layanan

Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta, Klinik, dan Praktek perorangan LSM, yang bekerja sebagai promotif dan preventif.

## **2. Konteks**

Dampak Kebijakan Desentralisasi di sektor kesehatan belum banyak diperhitungkan. Isu program Kesehatan Reproduksi belum diperhatikan di daerah, khususnya di kabupaten. Pemerintah pusat sudah mempunyai perhatian besar untuk Kesehatan Reproduksi, namun tidak mampu mengajak pemerintah propinsi dan kabupaten untuk memperhatikannya. Di berbagai daerah anggaran untuk Kesehatan Reproduksi masih rendah terutama di pulau jawa.

### a. Konteks Situasional

Secara kontekstual terlihat bahwa Kebijakan Desentralisasi di sektor kesehatan belum banyak dipergunakan untuk kepentingan pelaksanaan kebijakan Kesehatan Reproduksi. Isu program Kesehatan Reproduksi belum diperhatikan di daerah, khususnya di kabupaten. Pemerintah pusat sudah mempunyai perhatian besar untuk Kesehatan Reproduksi, namun tidak mampu mengajak pemerintah propinsi dan kabupaten untuk memperhatikannya. Di berbagai daerah anggaran untuk Kesehatan Reproduksi masih rendah. Kebijakan Kesehatan Reproduksi terlihat hanya satu di seluruh Indonesia. Belum terlihat banyak program yang khas daerah. Hal ini terjadi karena tingkat ekonomi yang rendah, kesadaran masyarakat yang masih rendah akan pentingnya kesehatan reproduksi.

#### b. Konteks Struktural

Kebijakan desentralisasi dipicu oleh tekanan politik selama masa reformasi. Dalam sebuah situasi yang tidak siap, desentralisasi membawa dampak negative pada sektor kesehatan seperti kegagalan system, kurangnya koodinasi, sumber daya yang tidak mencukupi, jenjang karir sumber daya manusia yang buruk, dan pengaruh politik yang berlebihan. Dengan adanya Peraturan Kementrian Kesehatan ini telah menyatukan seluruh peraturan – peraturan sehingga tidak terjadi tumpang tindih dan tepat sasaran. Dan Peraturan Menteri Keuangan yang disusun dengan lintas kementrian ini menunjukkan bahwa pentingnya sistem rujukan.

#### c. Konteks Budaya

Budaya memegang peranan penting sebagai faktor penentu peningkatan derajat kesehatan khususnya kesehatan reproduksi dan kualitas sumber daya manusia. Misalkan dukungan desa yang kurang terhadap program kesehatan, rendahnya tingkat pendidikan masyarakat terutama ibu serta kader kesehatan sehingga tidak maksimal dalam upaya perbaikan program, faktor budaya dalam membuat keputusan selalu melibatkan keluarga besar sehingga untuk melakukan tindakan cepat terkendala. tidak meratanya pelatihan terhadap bidan, fasilitas kesehatan yang kurang memadai, penguasaan bahasa dan budaya setempat yang masih kurang oleh petugas kesehatan, kurang adanya info kesehatan yang ada bagi bidan didesa, dan kurangnya akses informasi kesehatan.

#### d. Konteks Internasional

Peraturan – peraturan ini muncul adalah bagian dari keikutsertaan Pemerintah Indonesia dalam mewujudkan dan meningkatkan derajat kesehatan dunia melalui kerjasama lintas Negara dan ikut dalam organisasi WHO sebagai organisasi yang fokus terhadap permasalahan kesehatan dunia.

### **3. Proses**

Setelah mengidentifikasi masalah dan isu mengenai pentingnya kesehatan reproduksi maka pemerintah dan pihak – pihak yang terlibat dapat merumuskan kebijakan mengenai Kesehatan Reproduksi tersebut. Kebijakan

ini dirumuskan oleh Pemerintah Republik Indonesia dalam Peraturan Pemerintah No.61 tahun 2014 yang mengacu pada:

Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)

#### a. Identifikasi Masalah dan Isu

Publik Indonesia kembali kecolongan. Euforia masyarakat yang menanti calon presiden terpilih, dimanfaatkan pemerintah untuk mengeluarkan peraturan pro aborsi. Secara diam-diam pada tanggal 21 Juli 2014 lalu SBY telah menandatangani Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Peraturan itu disahkan demi melaksanakan ketentuan Pasal 74 ayat (3), Pasal 75 ayat (4), Pasal 126 ayat (3), dan Pasal 127 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Kontroversi timbul karena pasal 31 ayat (2) PP itu mengatur kebolehan aborsi bagi perempuan hamil yang diindikasikan memiliki kedaruratan medis dan atau hamil akibat perkosaan, sesuai materi pasal 75 ayat (1) UU Kesehatan. Yang dimaksud indikasi kedaruratan medis meliputi kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan ibu dan/atau janin, termasuk yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan. Sedangkan aborsi akibat perkosaan dibolehkan dengan alasan dapat menimbulkan trauma psikologis bagi korban.

Rasa religiusitas publik Indonesia belum bisa menerima aborsi, sekalipun terhadap korban perkosaan. Bahkan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menolak menjalankan PP itu. Ketua Umum Pengurus Besar (PB) IDI, Zaenal Abidin, menyatakan, "Berdasarkan Sumpah Dokter butir 6 dan Kode Etik Kedokteran pasal 11, tindakan aborsi untuk indikasi selain medis jelas bertentangan dengan Sumpah Dokter dan Kode Etik Kedokteran. Tujuannya adalah untuk menyelamatkan nyawa, namun ada beberapa kondisi yang juga dilonggarkan. Alasan tersebut bisa dimanfaatkan oleh perempuan yang stres karena kehamilan yang tidak direncanakan untuk melakukan aborsi. Di sisi lain, aturan itu bakal mempidanakan dokter yang menjalankan praktek aborsi sesuai pasal 349 KUHP karena menghilangkan nyawa orang lain.

Bahaya Legalisasi Aborsi. Keresahan seorang dokter setidaknya telah mewakili ketidakpercayaan masyarakat terhadap produk hukum Indonesia yang penerapannya seringkali menyimpang dari makna tekstualnya. Dalam kasus perkosaan, keutuhan barang bukti korban perkosaan amat sulit ditemukan. Setelah kejadian yang mengerikan itu biasanya korban akan merasa jijik dan segera mencuci dirinya bersih-bersih. Sehingga aparat akan sulit membuktikan permintaan aborsi apakah dikarenakan perkosaan atau pergaulan bebas.

Apalagi realitas di Indonesia menunjukkan aborsi bukan lagi perkara tabu untuk dilakukan pelaku pergaulan bebas. Pada sebuah seminar yang dilakukan BKKBN dan Pusat Unggulan Asuhan Terpadu Kesehatan Ibu dan Bayi (PU-ATKIB), Universitas Indonesia pada 9 Agustus 2014, Direktur PU-ATKIB, Prof Biran Affandi SpOG (K), FAMM menyajikan data sekitar 2,1-2,4 juta perempuan setiap tahun diperkirakan melakukan aborsi, 30 persen di antaranya remaja. Deputi Bidang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi BKKBN, dr Julianto Witjaksono SpOG, KFER, MGO juga mengungkapkan sebuah realitas yang cukup mengejutkan. Sekitar 46 persen remaja berusia 15-19 tahun belum menikah sudah berhubungan seksual.

#### b. Perumusan Kebijakan

Pemerintah memang telah melakukan kekeliruan yang sangat besar. Realitas pergaulan bebas yang merebak di kalangan kaum muda, justru disikapi dengan melegalisasi aturan yang makin memperparah keadaan. Sebenarnya penerbitan PP no 61/2014 bukan melulu tentang aborsi. Namun esensi PP ini adalah komitmen pemerintah untuk memberikan perangkat hukum terhadap kesehatan reproduksi, termasuk berkaitan dengan hak perempuan untuk menentukan kehamilan yang terjadi dirinya. Tentu saja dampaknya akan jauh lebih besar dibandingkan dengan “hanya sekedar aborsi”.

Pemerintah memang berada dalam posisi ‘dipaksa’ untuk mengadopsi kepentingan global, sehingga hilang kedaulatannya untuk berkata “tidak” pada hal-hal yang bertentangan dengan prinsip hidup sebagai bangsa beragama. Melalui mekanisme hubungan politik Global Governance, ‘aktor transnasional’ (negara/pemerintahan, lembaga, korporasi atau individu lintas negara) tak henti-hentinya bekerja bersama untuk mem-format Indonesia masa depan. Semua berawal dari potensi sumber daya dan geostrategis Indonesia yang sungguh luar biasa. Penjajahan gaya baru yang sudah berlangsung sejak Indonesia merdeka, belum berhasil mengeksplorasi potensi Indonesia secara habis-habisan. Karena itu berbagai strategi baru harus dijalankan agar mampu menguasai seluruh potensi itu. Namun kemusliman mayoritas penduduk Indonesia masih menjadi penghalang yang cukup signifikan untuk melakukan penjajahan, terutama dalam menerima nilai-nilai universal kapitalis sekuleris. Problem ini harus ditangani secara teliti, agar tidak menjadi ancaman namun sebaliknya akan menjadi kekuatan yang akan menguntungkan program-program imperialisme.

Imperialisme politik-ekonomi makin menemukan muaranya dalam sistem demokrasi. Mengatasnamakan rakyat, berbagai regulasi disusun pemerintah dan legislator untuk mengokohkan agenda penjajahan Barat. Dalam arus inklusifitas yang menuntut keterlibatan setiap orang dalam proses pembangunan, program yang menjadikan perempuan sebagai sasaran utama masih menjadi menu andalan Barat. Sebagaimana program keadilan dan kesetaraan gender (KKG) dan pemberdayaan ekonomi perempuan (PEP), program kontrol populasi menjadi strategi unggulan untuk menanamkan nilai-nilai kapitalis sekularis yang liberal.

Dalam kebijakan kontrol populasi, secara khusus pemerintah mengacu pada Programme of Action (PoA) yang diputuskan dalam International Conference on Population and Development (ICPD) di Kairo pada 5–13 September 1994. Konferensi yang dipandu United Nations Population Fund (UNFPA) itu memang membahas secara khusus topik perlindungan bagi perempuan dari aborsi yang tidak aman, selain masalah pengendalian kelahiran, keluarga berencana, pendidikan perempuan, dan berbagai masalah kependudukan. PoA didasari oleh gagasan bahwa perlu dilakukan upaya peningkatan status sosial, ekonomi, politik dan kesetaraan bagi perempuan, termasuk dalam hak kesehatan seksual dan reproduksi (sexual and reproductive health and rights /SRHR). Konsep SRHR dipandang sebagai salah satu kemajuan ICPD, mengingat pembahasan tentang aborsi telah menuai kritik pedas dari negara-negara muslim dan Vatikan.

Rekomendasi itu diterjemahkan dalam Pasal 26 Ayat (2) PP dengan penyesuaian terhadap kondisi Indonesia. Pasal itu menegaskan bahwa setiap perempuan berhak menjalani kehidupan seksual yang sehat secara aman, tanpa paksaan dan diskriminasi, tanpa rasa takut, malu, dan rasa bersalah. Kehidupan seksual yang sehat sebagaimana dimaksud meliputi kehidupan seksual yang: (a). Terbebas dari infeksi menular seksual; (b). Terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual; (c). Terbebas dari kekerasan fisik dan mental; (d). Mampu mengatur kehamilan; dan (e). Sesuai dengan etika dan moralitas.

### c. Pelaksanaan Kebijakan

Setelah ditetapkannya Perpres No 61 Tahun 2014, Komunikasi, informasi, dan edukasi diberikan sesuai kebutuhan berdasarkan siklus kehidupan manusia karena setiap tahapan kehidupan membutuhkan penanganan sistem reproduksi yang khas, dimulai dari masa remaja dan usia subur. Dengan melakukan beberapa penanganan, yaitu salah satunya adalah Yang dimaksud dengan “rehabilitasi psikososial” merupakan penanganan terhadap korban untuk dapat kembali ke masyarakat dengan cara memulihkan status mental ke kondisi semula melalui konseling, pendampingan, kunjungan rumah, dan penyediaan rumah aman (shelter). Sehingga dengan kerja sama dari pihak pihak yang terkait maka bangsa Indonesia sedikit demi sedikit akan meningkatkan derajat kesehatan serta kualitas hidup masyarakat.

## 4. Isi (konten)

Dalam rangka memberikan kepastian hukum, perlindungan hukum, serta menata konsep-konsep yang berhubungan dengan hukum yang mengatur penyelenggaraan reproduksi dengan bantuan, aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan perkosaan pada tindakan aborsi, pelayanan kesehatan ibu serta penyelenggaraan kehamilan di luar cara alamiah agar berjalan sesuai dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat Indonesia yang berketuhanan Yang Maha Esa baik dari segi agama, moral, etika, serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perlu mengatur penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi dengan Peraturan Pemerintah. Peraturan Pemerintah ini mengatur : (1) Tanggung jawab Pemerintah dan

pemerintah daerah; (2) Pelayanan kesehatan ibu; (3) Indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagai pengecualian atas larangan aborsi; (4) Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah; (5) Pendanaan; dan (6) Pembinaan dan pengawasan.

Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas pemberian informasi dan pelaksanaan edukasi mengenai kesehatan reproduksi bagi masyarakat khususnya generasi muda. Diantaranya informasi dan edukasi mengenai keluarga berencana dan metode kontrasepsi sangat perlu ditingkatkan. Dengan informasi dan edukasi tersebut, diharapkan dapat menurunkan kejadian premarital seks, seks bebas serta angka kehamilan yang tidak diinginkan yang dapat menjurus ke aborsi dan infeksi menular seksual termasuk penularan HIV dan AIDS.

Perilaku berisiko lain yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi antara lain penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (Napza) dan perilaku gizi buruk yang dapat menyebabkan masalah gizi khususnya anemia. Huruf b Upaya mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggungjawab meliputi persiapan fisik, psikis, dan sosial untuk menikah dan hamil pada usia yang matang.