

Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (Kode : KMS 473)



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

**Prodi Kesehatan Masyarakat
Universitas Esa Unggul
2018**

Pertemuan 4

ANALISIS KEBIJAKAN

Analisis Kebijakan Kesehatan, terdiri dari 3 kata yang mengandung arti atau dimensi yang luas, yaitu analisa atau analisis, kebijakan, dan kesehatan.

Analisa atau analisis, adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa (seperti karangan, perbuatan, kejadian atau peristiwa) untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya, sebab musabab atau duduk perkaranya

Kebijakan merupakan suatu rangkaian alternatif yang siap dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Kebijakan merupakan suatu hasil analisis yang mendalam terhadap berbagai alternative yang bermuara kepada keputusan tentang alternative terbaik[8]. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentag organisasi, atau pemerintah); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran tertentu. Contoh: kebijakan kebudayaan, adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar rencana atau aktifitas suatu negara untuk mengembangkan kebudayaan bangsanya. Kebijakan Kependudukan, adalah konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pertumbuhan penduduk dan dinamika penduduk dalam negaranya.

Kebijakan berbeda makna dengan Kebijaksanaan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kebijaksanaan adalah kepandaian seseorang menggunakan akal budinya (berdasar pengalaman dan pengetahuannya); atau kecakapan bertindak apabila menghadapi kesulitan. Kebijaksanaan berkenaan dengan suatu keputusan yang memperbolehkan sesuatu yang sebenarnya dilarang berdasarkan alasan-alasan tertentu seperti pertimbangan kemanusiaan, keadaan gawat dll. Kebijaksanaan selalu mengandung makna melanggar segala sesuatu yang pernah ditetapkan karena alasan tertentu.

Menurut UU RI No. 23, tahun 1992 tentang kesehatan, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara soial dan ekonomi. Pengertian ini cenderung tidak berbeda dengan yang dikembangkan oleh WHO, yaitu: kesehatan adalah suatu kaadaan yang sempurna yang mencakup fisik, mental, kesejahteraan dan bukan hanya terbebasnya dari penyakit atau kecacatan. Menurut UU No. 36, tahun 2009 Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Analisis kebijakan kesehatan awalnya adalah hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Akibat dari semakin majunya ilmu pengetahuan dan kebutuhan akan analisis kebijakan dalam bidang kesehatan itulah akhirnya bidang kajian analisis kebijakan kesehatan muncul.

Sebagai suatu bidang kajian ilmu yang baru, analisis kebijakan kesehatan memiliki peran dan fungsi dalam pelaksanaannya. Peran dan fungsi itu adalah:

- Adanya analisis kebijakan kesehatan akan memberikan keputusan yang fokus pada masalah yang akan diselesaikan.
- Analisis kebijakan kesehatan mampu menganalisis multi disiplin ilmu. Satu disiplin kebijakan dan kedua disiplin ilmu kesehatan. Pada peran ini analisis kebijakan kesehatan menggabungkan keduanya yang kemudian menjadi sub kajian baru dalam khazanah keilmuan.
- Adanya analisis kebijakan kesehatan, pemerintah mampu memberikan jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah.
- Memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan/keputusan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti.
- Dan analisis kebijakan kesehatan juga menelaah fakta-fakta yang muncul kemudian akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/diundangkan.

Masalah kebijakan, adalah nilai, kebutuhan atau kesempatan yang belum terpenuhi, tetapi dapat diidentifikasi dan dicapai melalui tindakan publik. Tingkat kepelikan masalah tergantung pada nilai dan kebutuhan apa yang dipandang paling penting.

Staf puskesmas yang kuat orientasi materialnya (gaji tidak memenuhi kebutuhan), cenderung memandang aspek imbalan dari puskesmas sebagai masalah mendasar dari pada orang yang punya komitmen pada kualitas pelayanan kesehatan.

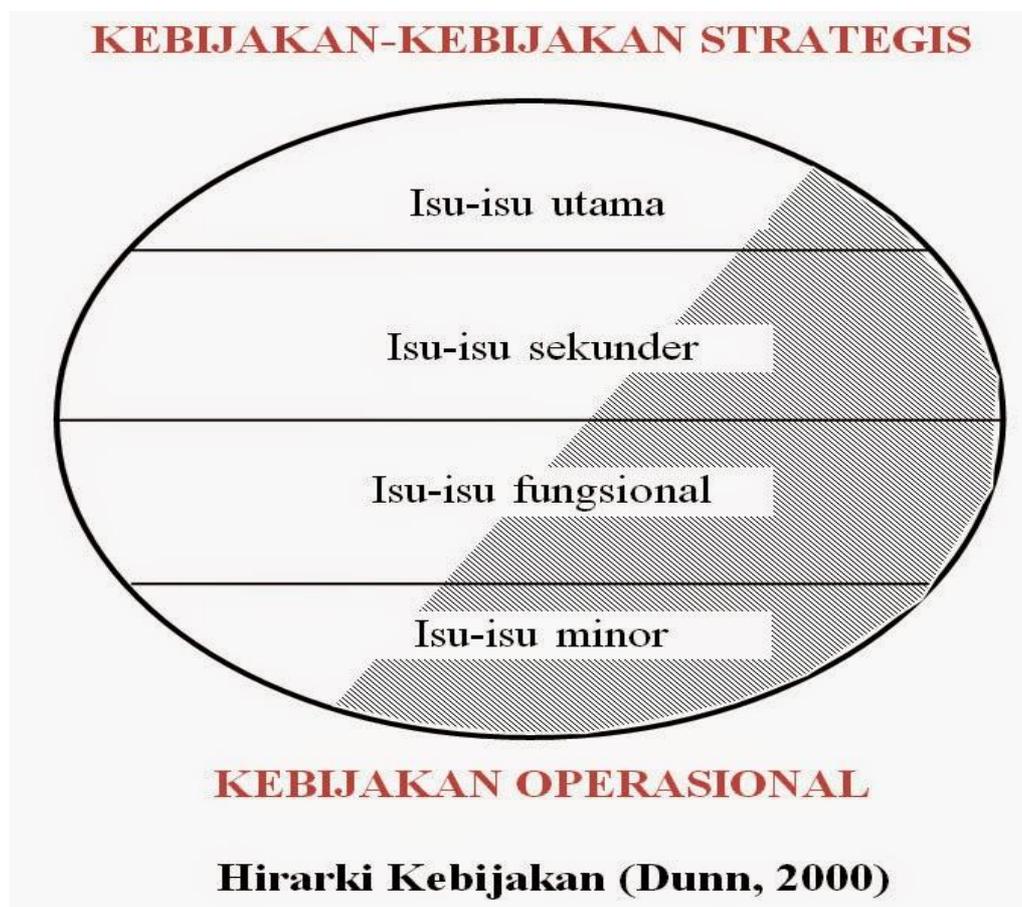
Menurut Dunn (1988) beberapa karakteristik masalah pokok dari masalah kebijakan, adalah:

- Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan suatu bidang (energi) seringkali mempengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem masalah ini membutuhkan pendekatan Holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat di pisahkan dan diukur sendirian.
- Subjektif, yaitu kondisi eksternal yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif. Contoh: Populasi udara secara objektif dapat diukur (data). Data ini menimbulkan penafsiran yang beragam (antara lain gangguan kesehatan, lingkungan, iklim, dll). Muncul situasi problematis, bukan problem itu sendiri.
- Artifisial, yaitu pada saat diperlukan perubahan situasi problematis, sehingga dapat menimbulkan masalah kebijakan.

- Dinamis, yaitu masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus menerus. Pemecahan masalah justru dapat memunculkan masalah baru, yang membutuhkan pemecahan masalah lanjutan.
- Tidak terduga, yaitu masalah yang muncul di luar jangkauan kebijakan dan sistem masalah kebijakan.

Masalah-masalah kebijakan merupakan kondisi yang obyektif yang keberadaannya dapat diciptakan dengan menentukan fakta-fakta apa yang ada dalam suatu kasus. Pandangan yang naif ketika kita gagal untuk mengenali fakta yang ada, bahkan diinterpretasikan secara berbeda oleh para pelaku kebijakan. Oleh karena itu, informasi yang sama, informasi sama yang relevan dengan kebijakan dapat dan sering menghasilkan definisi-definisi dan penjelasan-penjelasan tentang masalah yang saling berbenturan. Hal ini bukan karena “fakta-fakta” tidak konsisten, melainkan karena para analisis kebijakan, pembuat kebijakan, dan pelaku kebijakan mempunyai asumsi-asumsi serta kepentingan yang sering bertentangan dan perubahan-perubahan sosial yang terjadi. (Dunn, 2000) Selanjutnya menurut Dunn (2000) masalah adalah barang abstrak yang timbul dengan mentransformasikan pengalaman kedalam penilaian manusia.

Masalah-masalah kebijakan benar-benar merupakan keseluruhan dari sistem masalah-masalah itu berarti bahwa isu-isu kebijakan pasti sama kompleksnya. Kompleksitas isu-isu kebijakan dilihat dengan mempertimbangkan jenjang organisasi dimana isu-isu itu diformulasikan. (Dunn, 2000)



Isu-isu kebijakan dapat diklasifikasikan sesuai dengan hirarki dari tipe: utama, sekunder, fungsional dan minor. Isu-isu utama (*major issues*) secara khusus ditemui pada tingkat pemerintah tertinggi. Isu yang berhubungan dengan pertanyaan mengenai misi lembaga. Isu-isu sekunder (*secondary issues*) adalah isu yang terletak pada tingkat instansi pelaksana program-program pemerintah pusat. Isu yang kedua dapat berisi prioritas-prioritas program dan definisi kelompok-kelompok sasaran dan penerima dampak. Isu tentang bagaimana menyelesaikan masalah pengungsi dan pemukiman kembali. Isu-isu fungsional (*functional issues*), terletak di antara tingkat program dan proyek, dan memasukan pertanyaan-pertanyaan seperti anggaran, keuangan dan usaha untuk memperolehnya. Terakhir isu-isu minor (*minor issues*), adalah isu yang ditemukan paling sering terjadi pada tingkat-tingkat proyek spesifik. Isu-isu minor meliputi personal, staff, keuntungan bekerja, waktu liburan, jam kerja, dan petunjuk pelaksanaan serta peraturan.

Bila hirarki isu-isu kebijakan naik, masalah-masalah menjadi saling tergantung, subyektif, artifisial, dan dinamis. Meskipun tingkat-tingkat ini saling tergantung, beberapa isu memerlukan kebijakan strategis, sementara yang lain meminta kebijakan operasional. Suatu kebijakan yang strategis (*strategic policy*) adalah salah satu kebijakan di mana konsekuensi dan keputusannya secara relatif tidak bisa dibalikkan. Kebijakan operasional (*operational policies*) yaitu kebijakan dimana konsekuensi dari keputusan-keputusan secara relatif dapat dibalik ulang, tidak menimbulkan risiko dan ketidakpastian masa kini pada tingkat yang lebih tinggi.(Dunn, 2000)

Tiga kelas masalah kebijakan yaitu: masalah yang sederhana (well-structured) masalah yang agak sederhana (moderately-structured) dan masalah yang rumit (ill-structured). Struktur dari masing-masing kelas ini ditentukan oleh tingkat kompleksitasnya, yaitu derajat seberapa jauh suatu masalah merupakan sistem permasalahan yang saling tergantung.

Masalah yang rumit (*ill-structured problems*) adalah masalah-masalah yang mengikutsertakan banyak pembuat keputusan dan utilitas (nilai)nya tidak diketahui atau tidak mungkin untuk diurutkan secara konsisten. Masalah yang rumit adalah masalah keputusan intransitif secara penuh, yaitu suatu masalah dimana tidak mungkin untuk memilih alternatif kebijakan tunggal yang disukai oleh semua orang. Sementara masalah-masalah yang sederhana atau agak sederhana mengandung urutan pilihan yang transitif, dan ini jarang dijumpai dalam lingkungan pemerintahan yang kompleks (Dunn, 2000). Untuk memecahkan masalah rumit menuntut analis untuk mengambil bagian aktif dalam mendefinisikan hakekat dari masalah itu sendiri. Dalam mendefinisikan secara aktif hakekat suatu masalah, para analis harus tidak hanya menghadapkan diri pada keadaan problematis tetapi juga harus membuat penilaian dan pendapat secara kreatif.

Model-model kebijakan adalah penyederhanaan representasi aspek-aspek kondisi masalah yang terseleksi. Model-model kebijakan berguna dan penting; penggunaannya bukan masalah pilihan, semenjak setiap orang menggunakan beberapa model untuk menyederhanakan kondisi masalah. Model kebijakan tidak dapat membedakan antara

pertanyaan yang penting dan tidak penting; juga model tidak dapat menjelaskan, memprediksi, mengevaluasi atau membuat rekomendasi, karena penilaian berada di luar model dan bukan bagiannya. Dimensi-dimensi yang paling penting dari model-model kebijakan adalah tujuan (deskriptif lawan normatif), bentuk ekspresi (verbal, simbolis, prosedural), dan asumsi-asumsi metodologis (pengganti lawan perspektif). Metode-metode untuk merumuskan masalah-masalah kebijakan meliputi analisis batasan, analisis klasifikasional, analisis hierarki, sinektika, brainstorming, analisis perspektif berganda, analisis asumsional dan pemetaan argumentasi.

Peramalan dapat mengambil tiga bentuk utama: proyeksi, prediksi, dan konjektur. Masing-masing mempunyai bentuk yang berbeda: ekstrapolasi kecenderungan, teori, dan pandangan pribadi. Proyeksi dibenarkan oleh argumen dari metode kasus paralel; prediksi didasarkan pada argumen yang berasal dari sebab dan analogi; dan konjektur didasarkan pada argumen yang berdasar pada fikiran dan motivasi. Peramalan dapat digunakan untuk membuat estimasi tentang tiga tipe situasi masyarakat masa depan: masa depan potensial, masa depan yang masuk akal, dan masa depan normatif. Tujuan dan sasaran dapat dibandingkan dan dipertentangkan dalam hal dan arah tujuannya, tipe definisi, spesifikasi periode waktu, prosedur pengukuran, dan perlakuan terhadap kelompok target.

Pemahaman dan penggunaan teknik peramalan dibuat lebih mudah jika mereka dikelompokkan menurut tiga pendekatan: ekstrapolatif, teoritis, dan intuitif. Pendekatan-pendekatan yang berbeda mengenai peramalan bersifat saling melengkapi. Kelebihan dari satu pendekatan atau teknik seringkali merupakan keterbatasan dari yang lainnya, demikian sebaliknya.

Metode analisis kebijakan sangat terkait dengan persoalan moral dan etika, karena rekomendasi kebijakan mengharuskan kita menentukan alternatif-alternatif mana yang paling bernilai dan mengapa demikian. Rekomendasi berkenaan pemilihan secara bernalar dua atau lebih alternatif. Model pilihan yang sederhana meliputi definisi masalah yang memerlukan dilakukannya suatu tindakan; perbandingan konsekuensi dua atau lebih alternatif untuk memecahkan masalah; dan rekomendasi alternatif yang paling dapat memenuhi kebutuhan, nilai atau kesempatan.

Model pilihan yang sederhana mengandung dua elemen utama: premis fakta dan premis nilai. Model pilihan sederhana menghindari kompleksitas dari kebanyakan situasi pilihan, karena model ini didasarkan pada tiga asumsi yang tidak realistis: pembuat keputusan tunggal; kepastian; dan hasil yang terjadi pada satu titik waktu. Model pilihan yang kompleks didasarkan pada asumsi-asumsi yang lain: banyaknya pembuat kebijakan; ketidakpastian atau resiko; dan akibat yang terus berkembang sejalan dengan berjalannya waktu.

Sebagian besar pilihan adalah bersifat multirasional karena pilihan-pilihan tersebut mempunyai dasar rasional yang banyak pula. Bukti tentang hal ini ditunjukkan dengan adanya enam rasionalitas: teknis, ekonomis, legal, sosial, substantif, dan erotetis.

Agar pilihan menjadi rasional dan pada saat yang sama komprehensif, maka pilihan-pilihan tersebut harus memuaskan kondisi yang dilukiskan sebagai teori rasionalitas komprehensif dalam pembuatan keputusan. Tipe-tipe pilihan yang rasional dibedakan menurut bentuk kriteria penentuan alternatif. Antara lain adalah efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, daya tanggap dan kelayakan.

Jawaban terhadap persoalan kesejahteraan masyarakat dapat dilakukan dengan berbagai cara: memaksimalkan kesejahteraan individu, melindungi kesejahteraan minimal (pareto), memaksimalkan kesejahteraan bersih (kaldor-hicks), memaksimalkan redistribusi kesejahteraan (rawls).

Dalam membuat rekomendasi analisis kebijakan secara khusus menjawab berbagai persoalan tentang sasaran, biaya, hambatan-hambatan, eksternalitas waktu. Dan resiko serta ketidakpastian. Pilihan publik dan swasta berbeda dalam tiga hal: hakekat proses kebijakan publik, hakekat tujuan kebijakan publik yang bersifat kolektif, dan arti barang-barang publik. Dua pendekatan utama untuk rekomendasi analisis kebijakan publik adalah analisis biaya-manfaat dan analisis biaya efektivitas. Dalam melakukan analisis biaya-manfaat adalah perlu untuk melengkapi serangkaian langkah-langkah: spesifikasi sasaran. Identifikasi alternatif, pengumpulan, analisis dan interpretasi informasi; spesifikasi kelompok sasaran; identifikasi tipe-tipe biaya dan manfaat; melakukan diskonting terhadap biaya dan manfaat; spesifikasi kriteria untuk merekomendasi; dan rekomendasi itu sendiri. Analisis biaya efektifitas tepat digunakan jika sasaran-sasaran tidak dapat diungkapkan dalam pendapatan bersih.

Pemantauan merupakan prosedur analisis kebijakn guna menghasilkan informasi tentang penyebab dan konsekuensi dari kebijakan-kebijakn publik. Pemantauan bermaksud memberikan pernyataan yang bersifat penandaan dan oleh karenanya terutama berkepentingan untuk menetapkan premis-premis faktual tentang kebijakan publik. Pemantauan menghasilkan pernyataan yang bersifat penandaan setelah kebijakan dan program diadopsi dan diimplementasikan (ex post facto), sedangkan peramalan menghasilkan pernyataan yang bersifat penandaan sebelum tindakan dilakukan (ex ante).

Informasi yang dihasilkan melalui pemantauan memiliki setidaknya-tidaknya empat fungsi: ketundukan, pemeriksaan, akuntansi, dan eksplanasi. Ada dua jenis hasil kebijakan: keluaran dan dampak. Tindakan kebijakan juga ada dua: masukan dan proses. Sementara itu, tindakan kebijakan memiliki dua tujuan utama: regulasi dan alokasi. Pemantauan dapat dipilah ke dalam empat pendekatan: akuntansi sistem sosial, eksperimental sosial, pemeriksan sosial, pemeriksaan sosial, dan sintesis riset dan praktek.

Pendekatan-pendekatan terhadap pemantauan memperhatikan hasil-hasil yang berkaitan dengan kebijakan, berfokus pada tujuan, dan orientasi pada perubahan. Eksperimental sosial berusaha untuk mengikuti prosedur yang digunakan dalam

eksperimen klasik dalam laboratorium: kontrol langsung terhadap perlakuan atau stimuli; ada kelompok pembanding (kontrol); rancangan yang acak. Kapasitas eksperimen sosial untuk menghasilkan inferensi kausal yang valid disebut validitas internal. Pemeriksaan sosial merupakan respon konstruksi terhadap keterbatasan dan akuntansi sistem sosial dan eksperimental sosial.

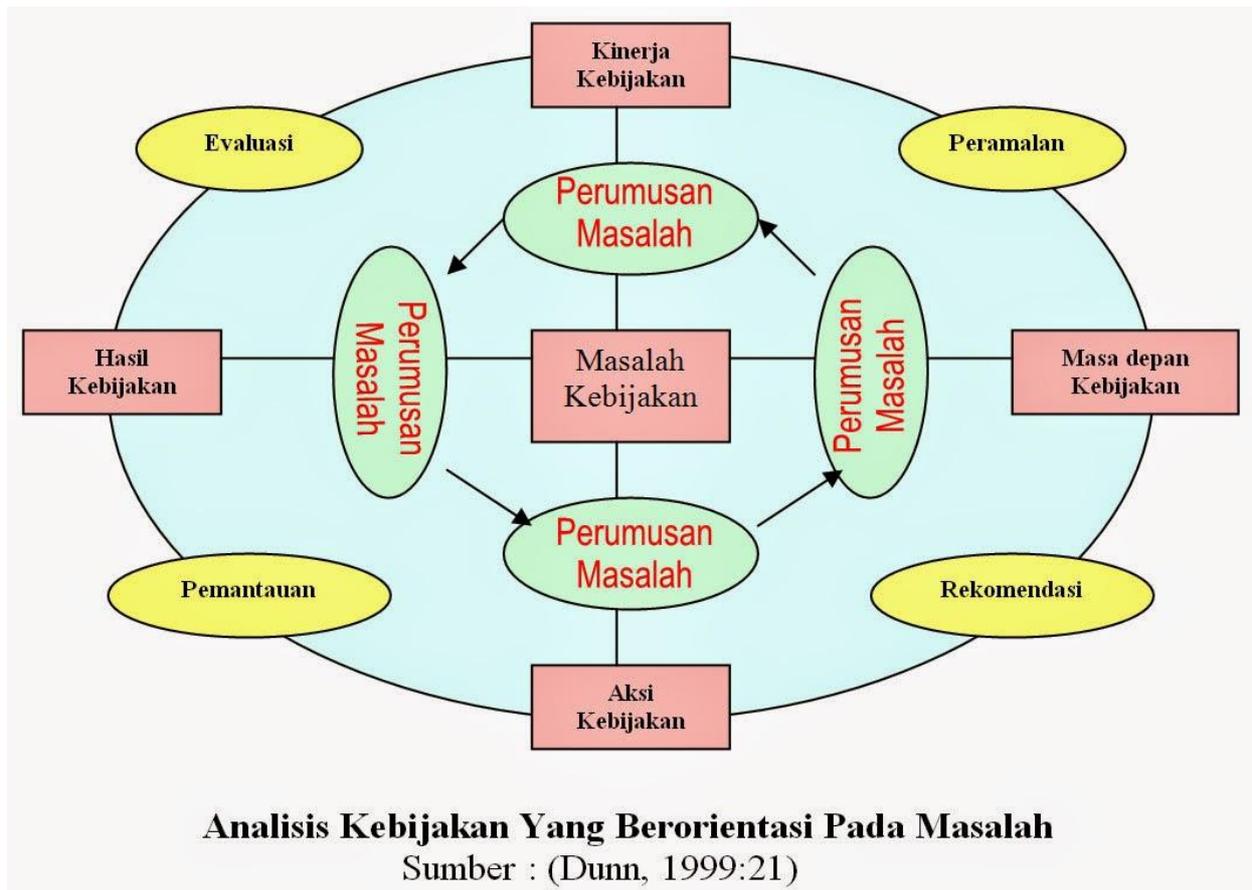
Sintesis riset dan praktek menggunakan informasi yang tersedia dalam bentuk studi kasus dan laporan penelitian untuk merangkum, membandingkan, dan mengkaji hasil-hasil dari implementasi kebijakan dan program di masa lalu. Metode ini efisien, membantu mencakup banyak dimensi dari proses kebijakan, dan dapat digunakan untuk membuat argumen dengan cara kasus paralel dan analogi. Keterbatasan utama dari sintesis riset dan praktek adalah reliabilitas dan validitas informasi yang tersedia tersebut.

Evaluasi mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan yang lain: titik berat kepada nilai hubungan ketergantungan antara nilai dan fakta; orientasi masa kini dan masa lalu; dan dualitas nilai. Fungsi-fungsi utama dari analisis kebijakan adalah penyediaan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan; kejelasan dan kritik nilai-nilai yang mendasari pilihan tujuan dan sasaran dan penyediaan informasi bagi perumusan masalah dan inferensi praktis. Kriteria evaluasi kebijakan: efektifitas, estimasi, kecukupan, kesamaan, daya tanggap, dan kelayakan. Tiga pendekatan utama evaluasi dalam analisis kebijakan: evaluasi semu, evaluasi formal; dan evaluasi teoritis keputusan.

Menurut Dunn (2000) Metodologi Analisis Kebijakan menggabungkan lima prosedur umum, yaitu:

1. Perumusan masalah (definisi) menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
2. Peramalan (prediksi) menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan relatif dari konsekuensi di masa mendatang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
3. Rekomendasi (preskripsi) menyediakan informasi mengenai nilai atau masalah.
4. Pemantauan (deskripsi) menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
5. Evaluasi, menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan dari konsekuensi pemecahan atau pengentasan masalah.

Kelima prosedur analisis kebijakan tersebut disajikan sebagai oval gelap dalam berikut: (Dunn, 2000)



Bentuk Analisis Kebijakan Pemerintahan

Analisis kebijakan terdiri dari beberapa bentuk, yang dapat dipilih dan digunakan. Pilihan bentuk analisis yang tepat, menghendaki pemahaman masalah secara mendalam, sebab kondisi masalah yang cenderung menentukan bentuk analisis yang digunakan.

Berdasarkan pendapat para ahli (Dunn, 1988; Moekijat, 1995; Wahab, 1991) dapat diuraikan beberapa bentuk analisis kebijakan yang lazim digunakan.

1. Analisis Kebijakan Prospektif. Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Menurut Wiliam (1971), ciri analisis ini adalah: (1) menggabungkan informasi dari berbagai alternatif yang tersedia, yang dapat dipilih dan dibandingkan; (2) diramalkan secara kuantitatif dan kualitatif untuk pedoman pembuatan keputusan kebijakan; dan (3) secara konseptual tidak termasuk pengumpulan informasi
2. Analisis Kebijakan restropektif. Bentuk analisis ini selaras dengan deskripsi penelitian, dengan tujuannya adalah penciptaan dan pemindahan informasi setelah tindakan kebijakan diambil. Beberapa analisis kebijakan restropektif, adalah:

- a) Analisis berorientasi Disiplin, lebih terfokus pada pengembangan dan pengujian teori dasar dalam disiplin keilmuan, dan menjelaskan sebab akibat kebijakan. Contoh: Upaya pencarian teori dan konsep kebutuhan serta kepuasan tenaga kesehatan di Indonesia, dapat memberi kontribusi pada pengembangan manajemen SDM original berciri Indonesia (kultural). Orientasi pada tujuan dan sasaran kebijakan tidak terlalu dominan. Dengan demikian, jika ditetapkan untuk dasar kebijakan memerlukan kajian tambahan agar lebih operasional.
 - b) Analisis berorientasi masalah, menitikberatkan pada aspek hubungan sebab akibat dari kebijakan, bersifat terapan, namun masih bersifat umum. Contoh: Pendidikan dapat meningkatkan cakupan layanan kesehatan. Orientasi tujuan bersifat umum, namun dapat memberi variabel kebijakan yang mungkin dapat dimanipulasikan untuk mencapai tujuan dan sasaran khusus, seperti meningkatnya kualitas kesehatan gigi anak sekolah melalui peningkatan program UKS oleh puskesmas.
 - c) Analisis berorientasi penerapan, menjelaskan hubungan kausalitas, lebih tajam untuk mengidentifikasi tujuan dan sasaran dari kebijakan dan para pelakunya. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kebijakan khusus, merumuskan masalah kebijakan, membangun alternatif kebijakan yang baru, dan mengarah pada pemecahan masalah praktis. Contoh: analisis dapat memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelayanan KIA di Puskesmas. Informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar pemecahan masalah kebijakan KIA di puskesmas.
3. Analisis Kebijakan Terpadu. Bentuk analisis ini bersifat komprehensif dan kontinyu, menghasilkan dan memindahkan informasi gabungan baik sebelum maupun sesudah tindakan kebijakan dilakukan. Menggabungkan bentuk prospektif dan retrospektif, serta secara ajeg menghasilkan informasi dari waktu ke waktu dan bersifat multidisipliner.

Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang, bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deskriptif dan normatif), yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Teori Keputusan Deskriptif, bagian dari analisis retrospektif, mendeskripsikan tindakan dengan fokus menjelaskan hubungan kausal tindakan kebijakan, setelah kebijakan terjadi. Tujuan utama keputusan adalah memahami problem kebijakan, diarahkan pada pemecahan masalah, namun kurang pada usaha pemecahan masalah.
- b. Teori Keputusan Normatif, memberi dasar untuk memperbaiki akibat tindakan, menjadi bagian dari metode prospektif (peramalan atau rekomendasi), lebih ditujukan pada usaha pemecahan masalah yang bersifat praktis dan langsung.

Pendekatan Analisis Kebijakan

Upaya untuk menghasilkan informasi dan argumen, analisis kebijakan dapat menggunakan beberapa pendekatan, yaitu: pendekatan Empiris, Evaluatif, dan Normatif (Dunn, 1988).

1). Pendekatan Empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik. Contoh, Analisis dapat menjelaskan atau meramalkan pembelanjaan negara untuk kesehatan, pendidikan, transportasi. Jenis informasi yang dihasilkan adalah Penandaan.

2). Pendekatan evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat Evaluatif. Contoh: setelah menerima informasi berbagai macam kebijakan KIA - KB, analis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekuensinya.

3). Pendekatan normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu Tindakan apa yang semestinya di lakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif. Jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi. Contoh: peningkatan pembayaran pasien puskesmas (dari Rp.300 menjadi Rp.1000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas. Peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat.

Ketiga pendekatan di atas menghendaki suatu kegiatan penelitian dan dapat memanfaatkan berbagai pendekatan lintas disiplin ilmu yang relevan. Adapun model panelitian yang lazim digunakan adalah penelitian operasional, terapan atau praktis.

Pembuatan informasi yang selaras kebijakan (baik yang bersifat penandaan, evaluatif, dan anjuran) harus dihasilkan dari penggunaan prosedur analisis yang jelas (metode penelitian). Menurut Dunn (1988), dalam Analisis Kebijakan, metode analisis umum yang dapat digunakan, antara lain:

- a. Metode peliputan (deskripsi), memungkinkan analis menghasilkan informasi mengenai sebab akibat kebijakan di masa lalu.
- b. Metode peramalan (prediksi), memungkinkan analis menghasilkan informasi mengenai akibat kebijakan di masa depan.
- c. Metode evaluasi, pembuatan informasi mengenai nilai atau harga di masa lalu dan masa datang.
- d. Metode rekomendasi (Preskripsi), memungkinkan analis menghasilkan informasi mengenai kemungkinan arah tindakan dimasa datang akan menimbulkan akibat yang bernilai.

Aktor, Institusi dan Instrumen dalam Kebijakan Pemerintahan

Setiap kebijakan tidak lepas dari peran berbagai aktor, Aktor dalam kebijakan dapat berarti individu-individu atau kelompok-kelompok, dimana para pelaku ini terlibat dalam kondisi tertentu sebagai suatu subsistem kebijakan. Menurut Howlet dan Ramesh, aktor-aktor dalam kebijakan terdiri atas lima kategori, yaitu sebagai berikut: 1) Aparatur yang dipilih (elected official) yaitu berupa eksekutif dan legislative; 2) Aparatur yang ditunjuk (appointed official), sebagai asisten birokrat, biasanya menjadi kunci dasar dan sentral figure dalam proses kebijakan atau subsistem kebijakan; 3) Kelompok-kelompok kepentingan (interest group), Pemerintah dan politikus seringkali membutuhkan informasi yang disajikan oleh kelompok-kelompok kepentingan guna efektifitas pembuatan kebijakan atau untuk menyerang oposisi mereka; 4) Organisasi-organisasi penelitian (research organization), berupa Universitas, kelompok ahli atau konsultan kebijakan; 5) Media massa (mass media), sebagai jaringan hubungan yang krusial antara Negara dan masyarakat sebagai media sosialisasi dan komunikasi melaporkan permasalahan yang dikombinasikan antara peran reporter dengan peran analis aktif sebagai advokasi solusi.

Lebih lanjut Howlet dan Ramesh menjelaskan bahwa eksekutif atau kabinet kebanyakan merupakan pemain kunci dalam subsistem implementasi kebijakan, dimana tugas pokoknya adalah memimpin Negara, disamping itu ada aktor lain yang terlibat dan bekerja sama dengan eksekutif dalam membuat suatu kebijakan yaitu legislatif. Selain mengadakan fungsi tersebut, legislatif juga mengontrol kebijakan pemerintah, memberikan masukan terhadap kebijakan yang dibuat sebagai wadah untuk hak bertanya terhadap suatu permasalahan dan mendiskusikannya dengan pemerintah; juga mengadakan perubahan atas suatu kebijakan. Namun fungsi ini terkadang tidak optimal sebagai akibat dominannya fungsi yang dimainkan oleh eksekutif.

Dalam sistem politik modern, memungkinkan kelompok-kelompok yang memiliki kepentingan untuk berperan dalam proses penentu kebijakan, komponen penting dalam kelompok ini adalah pengetahuan, khususnya mengenai informasi, kelompok kepentingan seringkali mengetahui hampir semua hal ada diwilayahnya. Dalam hal ini, para politis dan birokrasi membutuhkan informasi guna melengkapi informasi yang dinilai masih kurang dalam pembuatan kebijakan atau untuk keperluan menyerang lawan politik.

Tidak bisa dipungkiri bahwa dalam setiap kebijakan yang dirumuskan tidak lepas dari kepentingan para aktor yang ingin mendapat keuntungan dengan menumpang pada setiap kebijakan yang dibuat. Menumpangnya para aktor ini dalam setiap kebijakan akan menyebabkan sulitnya dalam mengimplementasikan kebijakan yang ingin dijalankan. Dengan berpangkal tolak pada refleksi seperti itu, sebagaimana yang diungkapkan oleh Crehan dan Oppen bahwa proses kebijakan sebaiknya dipahami sebagai sebuah peristiwa social (social event) dan arena perjuangan (an arena of struggle), tempat dimana para partisipan (aktor atau kelompok) yang berbeda pandangan dan latar belakang lapisan sosialnya berkompetisi untuk memenangkan kepentingannya masing-masing.

CONTOH KASUS

EVALUASI PROGRAM TERPADU PENGENDALIAN MALARIA, PELAYANAN IBU HAMIL DAN IMUNISASI DI KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN DAN KOTA BANJARBARU PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

EVALUATION OF INTEGRATED MALARIA CONTROL PROGRAM, MATERNAL HEALTH CARE AND ROUTINE IMMUNIZATION PROGRAMS IN HULU SUNGAI SELATAN AND BANJARBARU CITY, IN KALIMANTAN SELATAN PROVINCE

Hanifah Rogayah¹, Yodi Mahendradhata², Retna Siwi Padmawati²

¹Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP dan PL, Dit.PPBB. Sudit Pengendalian Malaria

²Pusat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM

ABSTRACT

Background: To reduce child and maternal mortality, as well as mortality and morbidity of malaria, an integrated malaria control program along with antenatal care and immunization has been implemented through malaria screening and provision of LLIN to pregnant women and the provision of LLIN to children under five who received full immunization.

Objective: The objective of this study is to evaluate integrated malaria control program in Hulu Sungai Selatan District and Banjarbaru City, South of Kalimantan Province by exploring input, process and output of the program.

Method: The study uses evaluation formative approach using qualitative method with exploratory qualitative design. Data is collected through in-depth interviews, focus group discussion, checklist of observation and documents related to the integrated program. Data analysis was performed with the reduction and presentation of the data, visualization, conclusions, and verification that describe the input, process and output variables relevant to integrated malaria control program.

Result: The dominant challenges in the input are commodity, funds, as well as the organization of integrated programs. Implementation of the integrated program is not optimal in the form of policies, capacity building, QA, supervision, and recording and reporting. The integrated program did not achieve the intended output in terms of LLIN coverage for children under five as well as pregnant women ANC coverage (Trimester I and IV)

Conclusion: The implementation of integrated malaria control program in general was relatively weak in terms of input, process and output. Adequate inputs and processes to strengthen the implementation of the integrated program are necessary, so it can be one of the exit strategies for malaria control in pregnant women and children under five.

Keywords: Integrated program, malaria control, maternal health care, immunization routine

ABSTRAK

Latar Belakang: Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak serta angka kesakitan dan kematian akibat malaria, telah dilaksanakan program terpadu pengendalian malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi melalui skrining malaria dan pemberian kelambu berinsektisida pada ibu hamil serta

pemberian kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi program terpadu di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan dengan mengeksplorasi input, proses dan output program.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi formatif, dengan metode kualitatif dan desain penelitian kualitatif eksploratif. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah serta observasi dan checklist dokumentasi.

Hasil: Tantangan yang paling besar dan dominan pada input adalah komoditi, dana, serta organisasi program terpadu. Belum optimalnya pelaksanaan proses program terpadu berupa kebijakan, *capacity building*, QA, supervisi, serta pencatatan dan pelaporan. Tidak tercapainya output program terpadu yaitu cakupan kelambu pada balita dan cakupan kunjungan ANC ibu hamil (K1 atau K4).

Kesimpulan: Program terpadu pengendalian malaria, pelayanan kesehatan ibu hamil dan imunisasi belum optimal pada komponen input, proses dan output. Adekuatnya input dan proses dapat memperkuat pelaksanaan program terpadu, sehingga dapat menjadi salah satu *exit strategi* pengendalian malaria pada ibu hamil dan balita.

Kata Kunci: program terpadu, pengendalian malaria, kesehatan ibu dan imunisasi

PENGANTAR

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang berkontribusi dalam kematian bayi, balita dan ibu hamil, yakni malaria dalam kehamilan menyebabkan 5–12% dari total bayi berat lahir rendah dan berkontribusi 75.000 hingga 200.000 terhadap kematian bayi¹. Di daerah terpencil dimana fasilitas kesehatan sulit dijangkau, pada umumnya cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan dan imunisasi rutin sangat rendah serta angka kejadian penyakit malaria cukup tinggi². Kegiatan terpadu pengendalian malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi melalui kegiatan skrining malaria ibu hamil

dan pemberian kelambu berinsektisida melalui pemberian kelambu dan screening malaria pada ibu hamil dan balita dengan imunisasi lengkap dapat meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, cakupan imunisasi dan penemuan kasus positif malaria serta memberikan pencegahan terhadap penularan penyakit malaria pada ibu hamil, bayi dan balita².

Kegiatan terpadu pengendalian malaria dengan pelayanan ibu hamil dan imunisasi juga diimplementasikan di negara lain contohnya yaitu di Togo dan di District Mukono Uganda tahun 2005³. Di Burkina Faso pada tahun 2007 dilakukan pendistribusian kelambu melalui pelayanan kesehatan ibu hamil⁴. Pada tahun 2010 program ini mulai diimplementasikan secara bersama-sama di wilayah Kalimantan dan Sulawesi yaitu di wilayah dengan endemisitas malaria sedang (*API* sebesar 1-< 5 per 1.000 penduduk).

Pencapaian indikator program terpadu malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi di wilayah Kalimantan dan Sulawesi masih di bawah target. Anggaran dana kegiatan program terpadu ini lebih besar bila dibandingkan dengan seluruh anggaran program pengendalian malaria secara nasional untuk seluruh Indonesia pada tahun 2012 bersumber dari APBN yaitu sekitar Rp. 21,9 milyar.

Evaluasi pelayanan integrasi berfokus pada proses dan hasil serta penilaian menghitung konteks perkembangan pelayanan terintegrasi, dan berbagai perspektif dari pengguna jasa, penyedia jasa dan tingkat penyediaan pelayanan kesehatan yang terlibat⁵. Kegiatan terpadu ini belum berjalan sebagaimana mestinya sehingga dilakukan evaluasi program terpadu malaria, kesehatan ibu hamil dan imunisasi dilakukan pada tahap input, proses pelaksanaan dan output di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi program formatif dengan desain penelitian kualitatif eksploratif, mendeskripsikan evaluasi pelaksanaan pro-

gram terpadu di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Provinsi Kalsel.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap pengelola program terpadu di tingkat kabupaten/kota dan pengelola terpadu di tingkat puskesmas terpilih dengan total informan sebanyak 13 orang, selain itu juga telah dilakukan diskusi kelompok terarah sebanyak 6 kali yaitu kelompok pengelola malaria, KIA dan imunisasi di masing-masing kab/kota, dan untuk mengetahui jalannya program terpadu juga dilakukan observasi pada saat pelaksanaan serta didapatkan hasil ceklist dokumentasi terhadap data capaian output dan dokumen pendukung pelaksanaan program terpadu. Analisis data dilakukan dengan reduksi dan penyajian data serta penarikan kesimpulan dan verifikasi, sehingga memberikan gambaran yang jelas tentang variabel yang paling relevan yaitu input (komoditi, dana dan struktur organisasi), proses (kebijakan dan supervisi) serta capaian indikator output program terpadu malaria, pelayanan ibu hamil dan imunisasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada tahun 2013 program terpadu dilaksanakan di 21 puskesmas Kabupaten HSS dan 4 puskesmas di Kota Banjarbaru. Capaian indikator output program terpadu di Kabupaten HSS terdapat 7 indikator yang telah berhasil mencapai target, namun masih terdapat 3 indikator yang belum mencapai target yaitu cakupan kelambu balita, cakupan kunjungan ANC K1 dan cakupan kunjungan ANC K4. Capaian indikator di Kota Banjarbaru, yaitu 9 dari 10 indikator sudah mencapai target, kecuali indikator cakupan kelambu pada balita.

Komoditi

Komoditi yang sangat menentukan dalam kelancaran pelaksanaan program terpadu ini adalah kelambu yang sering terlambat tiba di lapangan atau tidak sesuai jadwal, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

Tabel 1. Capaian Indikator Output Program Terpadu di Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru Tahun 2013

Indikator Output	Target (%)	Capaian (%)	
		Kabupaten HSS	Kota Banjarbaru
Cakupan kelambu pada ibu hamil	80	94,31	94,83
Cakupan skrining ibu hamil	80	125,74	81,28
Cakupan kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap	80	39,90	72,23
Cakupan Kunjungan ANC 1 (K1)	95	90,00	95,60
Cakupan Kunjungan ANC 4 (K4)	90	69,90	90,20
Cakupan imunisasi lengkap pada balita	80	87,80	93,60
Persentase Bidan yang dilatih malaria dalam kehamilan	80	80,23 (138 orang)	82,20 (97 orang)
Pelaksanaan supervisi terpadu	80	100%	100%
Kelengkapan laporan terpadu	80	100,00	100,00
Ketepatan laporan terpadu	80	85,71	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru, 2014

“...seperti pedoman yang saya baca, maksud dari program ini untuk meningkatkan cakupan tapi akhirnya jadi masalah karena kelambu tiba di akhir-akhir tahun sehingga tidak meningkatkan lagi cakupan program imunisasi, jadi eee...seolah - olah hal ini menambah kerjaan teman-teman, kalau seperti ini seolah - olah kita yang mencari -cari lagi balita yang telah diimunisasi lengkap itu...”(pengelola imunisasi).

“...kegiatan integrasi KIA - malaria sudah berjalan dengan baik, bidan-bidan puskesmas sudah menjalankan RDT dan kelambu sesuai dengan yang diharapkan, asal tersedia kelambu dan RDT maka program berjalan...” (Pengelola KIA)

Tidak tersedianya kelambu menyebabkan perubahan pada mekanisme pemberian kelambu yang seharusnya diserahkan pada kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester pertama (K1) menjadi disusulkan setelah kelambu tersedia. Begitu pula untuk pemberian kelambu pada balita yang imunisasinya sudah lengkap, harus dilakukan *sweeping* atau petugas mendatangi ke setiap rumah balita untuk membagikan kelambu kepada sasaran tersebut. Hal ini disamping menambah beban kerja dan dana, serta tujuan program terpadu untuk meningkatkan cakupan imunisasi lengkap tidak tercapai.

Dana

Anggaran biaya kegiatan program terpadu di tingkat kabupaten, puskesmas hingga desa meliputi komponen: biaya distribusi kelambu dari kabupaten/kota ke puskesmas hingga distribusi ke sasaran, pelatihan dan sosialisasi, supervisi, insentif petugas di tingkat kabupaten/kota, dan *sweeping*. Jumlah dana distribusi kelambu menurut petugas kesehatan sangat kecil atau tidak sebanding dengan ongkos

transport ke sasaran, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

“...cuma istilahnya kan kalau dihitung dari segi jerih payah waktu dan tenaga yang dikeluarkan maka tidak sesuai...”(pengelola imunisasi)

Namun ada pula informan yang menyatakan bahwa dana tidak menjadi masalah walaupun kecil karena ada dukungan dana kegiatan ANC bersumber dari BOK yang bisa terintegrasi dengan kegiatan program terpadu, seperti yang diungkapkan oleh pengelola KIA (INF. 8) berikut ini :

“...itu untuk transportasi juga, yang Rp.1800 itu ya?, untuk bidannya nach itu untuk jasanya ada, jadi bisa membagikan kelambu,...juga tersedia dana *sweeping* ANC dari BOK... sehingga sekalian membagi kelambu dan kegiatan ANC juga...sekali kerja saja bisa mencapai dua kegiatan..”

Sumber pendanaan program terpadu sebagian besar masih bergantung pada dana hibah luar negeri (Global Fund), walaupun sudah tersedia dukungan dana bersumber dari APBD dan BOK namun besarnya masih jauh lebih kecil. Masih ketergantungannya dana program terpadu ini pada bantuan luar negeri akan mempengaruhi terhadap kelangsungan terus menerus atau *sustainability* program terpadu ini selanjutnya. Ketergantungan dana terhadap donor tanpa dilakukan adanya *exit strategy* untuk sumber pembiayaan lain akan berdampak pada berhentinya kegiatan program terpadu di lapangan, misalnya ketika tidak tersedianya dana insentif untuk pengelola imunisasi dan KIA menimbulkan berkurangnya perhatian atau kerjasama dan peran pengelola program terkait (adanya anggapan bahwa program terpadu juga sudah berhenti). Hasil evaluasi input tentang dana program terpadu seperti pada tabel 2:

Tabel 2. Hasil Evaluasi Dana Program Terpadu Menurut Pengelola Malaria, Pengelola Imunisasi dan Pengelola KIA

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Ketersediaan dan kecukupan dana.	- Dana tersedia, besarnya cukup untuk perkotaan namun sangat kecil untuk daerah sulit.	- Ada dana untuk bagi kelambu, walaupun kecil jumlahnya	- Ada dana untuk distribusi kelambu, tetapi dana untuk skrining tidak ada lagi.
Jenis dana.	- Dulu tersedia dana untuk: pelatihan bidan, sosialisasi KIA dan imunisasi, insentif bidan imunisasi, <i>sweeping</i> , transport distribusi. - Ada biaya angkut dari kab ke faskes, tapi untuk salary imunisasi dan KIA hanya sampai tahun 2012.	- Tersedia dana untuk bidan yang memberikan kelambu bayi dan balita, sosialisasi, <i>sweeping</i> kelambu, pertemuan evaluasi tiap tahu. - Ada salary untuk Imunisasi tetapi hanya s/d tahun 2011.	- Ada dana tapi tidak sesuai dengan tenaga dan waktu. - Ada dana distribusi kelambu cukup walau sedikit. - Dana <i>sweeping</i> ANC bisa untuk <i>sweeping</i> kelambu (kelambu terlambat datang)
Sumber dana.	- APBD Provinsi : untuk pemeriksaan Slide darah malaria (termasuk skrining). - Dana distribusi kelambu dari GF, BOK (pelacakan kasus). - APBD untuk kegiatan supervisi P2P, evaluasi	- GF untuk kelambu, RDT, Distribusi kelambu - APBD untuk supervisi	- GF untuk distribusi kelambu. - BOK untuk <i>sweeping</i> ANC

Struktur Organisasi

Struktur program terpadu yang secara khusus pernah ada pada tahun 2010- 2011 yaitu berupa surat keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tentang penetapan petugas pelaksana program intensifikasi pengendalian malaria pada komponen imunisasi, dan komponen kesehatan ibu. Pada tahun 2012 surat keputusan tersebut dianggap tidak berlaku lagi, seperti yang diungkapkan oleh pengelola program berikut:

“...SK khusus untuk pengelola terpadu dulu tahun 2010 ada, sekarang tidak ada, yang di SK kan dapat honor, dinas kesehatan tidak membuat antara malaria, KIA dan imunisasi secara program...” (pengelola malaria).

“...penunjukan tim integrasi malaria dengan KIA, pada tahun 2010 ada honorinya tapi tidak dilanjutkan tapi memang kegiatannya kurang... tapi walaupun tidak ada dana tapi tidak dituntut untuk membuat SK...” (pengelola KIA).

Komitmen dan koordinasi antara ketiga program tersebut saat ini tetap berjalan walaupun tidak ada

secara tertulis atau hanya secara lisan oleh pengelola malaria, terutama untuk pengelola program imunisasi dan KIA yang baru (terlibat program tidak sejak awal).

Kebijakan

Hasil evaluasi komponen proses tentang kebijakan program terpadu menurut pengelola malaria, imunisasi dan KIA dapat dilihat pada Tabel 4.

Implementasi program pada tahun 2011–2013 terdapat perubahan kebijakan yaitu pada tahun 2011 semua puskesmas di wilayah kabupaten/kota dengan endemis malaria sedang tetapi tahun 2012 - 2013 yang melakukan kegiatan terpadu hanya di puskesmas yang mempunyai desa dengan endemis malaria sedang.

Supervisi

Supervisi program terpadu tidak dilakukan secara khusus, namun diintegrasikan dengan supervisi kegiatan lainnya. Pada awal program tersedia dana untuk supervisi khusus program terpadu namun saat ini tidak lagi tersedia dana tersebut. Supervisi dilaku-

Tabel 3. Hasil Evaluasi Struktur Organisasi Program Terpadu Pengelola Malaria, Pengelola Imunisasi dan Pengelola KIA

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Struktur program terpadu	– Pernah ada SK khusus pengelola program terpadu yang dibuat tahun 2010, yang termasuk dalam Program terpadu Imunisasi dan KIA. – Ada salary dari GF utk masing-masing program.	– Komitmen dulu awal program tahun 2010, apalagi ada salary untuk masing- masing program terlibat. – Sekarang tidak ada, terakhir tahun 2011.	– Dulu tahun 2010 ada SK integrasi KIA dengan malaria untuk kelambu ibu hamil dan skrining, tahun 2012 tidak ada lagi. – Kegiatan tetap berlangsung.
Komitmen	– Pengelola imunisasi karena masih satu bidang, sehingga program berjalan. – Tidak ada komitmen resmi, dulu ada sekarang tidak ada komitmen tertulis. – Ada sosialisasi dan pelatihan, sehingga diketahui oleh program terkait	– Kegiatan tetap jalan di lapangan. – Komitmen terpadu hanya lisan. – Komitmen tertulis/ SK tidak ada. – Pengelola imunisasi PKM diinformasikan saat sosialisasi/ buku pedoman.	– Ada komitmen tertulis tahun 2010 – 2011 – Sekarang tidak ada komitmen tertulis. – Sudah masuk dalam program kelas ibu hamil. – Komitmen diinformasikan secara lisan oleh pengelola malaria. – Pengelola KIA ada pelatihan, dan sosialisasi pada seluruh bidan desa.
Dukungan terhadap program, Koordinasi antara program terkait	– Pengelola imunisasi dan KIA membantu dalam pelaksanaan program terpadu	– Program terpadu berjalan, ada kendala pengelola imunisasi dan bidan melakukan sweeping ke balita yang sudah lengkap imunisasinya.	– Bidan desa mendukung program. – Kegiatan terpadu ini menjadi bagian dalam setiap pelatihan kelas ibu hamil.

Tabel 4. Hasil Evaluasi Kebijakan Program Terpadu

Komponen Variabel	Pengelola Malaria	Pengelola Imunisasi	Pengelola KIA
Proses penyampaian kebijakan kepada pelaksana program	– Sosialisasi saat pertemuan evaluasi bulanan program malaria.	– Sosialisasi pada awal program terpadu tahun 2010 dan membaca pedoman	– Pelatihan bidan tingkat kab/kota, sosialisasi untuk bidan desa di puskesmas
Proses implementasi	– Ada perubahan-perubahan kebijakan yaitu daerah endemisitas dari mapping kab/kota menjadi mapping desa	– Penentuan daerah sasaran program mengikuti malaria saja.	– Program terpadu sudah masuk ke dalam program kelas ibu hamil sehingga sudah jelas pelaksanaannya. Kelambu

kan setiap 3 bulan sekali dimana setiap puskesmas minimal dilakukan supervisi 1 kali dalam setahun, atau bisa tidak terjadwal tergantung bila ada terdapat permasalahan di lapangan. Antara program yang terlibat melakukan sendiri-sendiri supervisi, kecuali untuk program imunisasi dan malaria yang dalam satu seksi bisa dilakukan supervisi bersama-sama, seperti yang diungkapkan oleh pengelola malaria (INF.1) berikut :

“...supervisi terpadu malaria - imunisasi bisa terpadu, kalau KIA tidak bisa terpadu karena KIA juga ada kegiatan sendiri - sendiri...”

PEMBAHASAN

Indikator cakupan kelambu pada balita yang mendapat imunisasi lengkap masih di bawah target. Hal ini bila dibandingkan dengan cakupan balita yang mendapat imunisasi lengkap maka sangat jauh berbeda. Hasil ini berbeda dengan di Malawi bahwa pemberian kelambu gratis pada anak yang telah melengkapi imunisasi dasar, meningkatkan cakupan imunisasinya meningkat > 25% di setiap distrik⁶. Adanya perbedaan capaian indikator ANC tersebut yang lebih kecil bila dibandingkan dengan capaian cakupan kelambu pada ibu hamil dan cakupan skrining ibu hamil yang lebih besar dan mencapai target. Integrasi bukan berarti “menyembuhkan” pelayanan yang tidak ada sumber daya yang adekuat. Integrasi dua program yang terpisah sebelumnya mungkin akan menghemat pemberi pelayanan, tetapi integrasi pada kegiatan yang baru ke dalam sistem kesehatan yang sudah ada tidak akan berjalan kontinu tanpa adanya sistem yang menyeluruh dengan sumber daya yang lebih baik⁷.

Keterlambatan distribusi kelambu dari pusat ke kabupaten/kota merupakan hambatan utama dalam penyediaan logistik program terpadu yang berdampak pada tidak tercapainya salah satu tujuan pendistribusian kelambu yaitu meningkatkan cakupan kunjungan ANC dan imunisasi lengkap pada balita. Karakteristik keberhasilan pelayanan terintegrasi adalah bagaimana *link* yang baik antara target intervensi dalam kelompok grup populasi dan sumber daya yang diperlukan (misalnya *supply*, perlengkapan, dan tersedianya tenaga kesehatan yang terlatih)⁸. Kepemilikan kelambu akan meningkatkan cakupan imunisasi baik pada program kampanye integrasi maupun pelayanan rutin. Memastikan rantai logistik yang *sufficient* yakni memperhatikan komoditas dari kedua program yang diintegrasikan misalnya imunisasi dan pelayanan malaria (kelambu), yang juga berkontribusi dalam keberhasilan pelayanan terintegrasi.

Sumber pendanaan program terpadu sebagian besar masih bergantung pada dana hibah luar negeri (Global Fund), walaupun sudah tersedia dukungan dana bersumber dari APBD dan BOK namun besarnya masih jauh lebih kecil. Masih ketergantungannya dana program terpadu ini pada bantuan luar negeri akan mempengaruhi terhadap kelangsungan terus menerus atau *sustainability* program terpadu ini selanjutnya. Solusi mendapatkan *sustainable* dan inovasi pembiayaan adalah dengan melibatkan peran pemerintah dalam proses program. Provinsi dan kabupaten menyiapkan biaya untuk kegiatan di lapangan dan diperlukan persetujuan di tingkat nasional untuk target yang akan dicapai. Kontribusi dari masyarakat di daerah juga harus mulai dikejar untuk membiayai pelayanan terpadu di masyarakat⁹.

Organisasi program terpadu tidak tertuang secara tertulis berupa SK atau kesepakatan kerja antara ketiga program terkait, sehingga komitmen, dukungan dan tanggung jawab dari pengelola program terkait juga tidak mengikat. Pelayanan integrasi memerlukan perubahan struktur dan organisasi secara signifikan menjadi sistem pelayanan administrasi dan manajemen yang kadang lebih kompleks¹⁰.

Integrasi dengan tipe organisasi berupa adanya struktur koordinasi, sistem kekuasaan dan hubungan antar organisasi dengan mengembangkan perjanjian formal dan informal atau rencana kerjasama seperti penggabungan dana atau praktik dasar pengawasan atau mengembangkan payung struktur organisasi seperti federasi perawatan primer atau persekutuan lokal daerah (Shaw, 2011). Secara organisasi, integrasi dapat terjadi pada saat adanya penggabungan, perjanjian atau strategi perserikatan antara institusi yang berbeda, dan berdasarkan integrasi profesional terjadi apabila profesi kesehatan yang berbeda atau spesialisasi bekerja bersama untuk ikut serta memberikan layanan bersama (*joined-up service*)¹¹.

Tidak adanya *update* terhadap pedoman berakibat petugas pelaksana program terpadu yaitu bidan atau juru imunisasi yang langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat (ibu hamil dan balita) menjadi kebingungan dan tidak bisa memahami dan mengerti ketentuan pelaksanaan program, yang dapat menghambat kinerja program terpadu tersebut. Implementasi di Malawi kebijakan malaria dalam kehamilan meskipun panduan bisa ditemukan pada tingkat nasional namun mereka tidak menyebarkan informasi kebijakan tersebut secara efektif pada seluruh penyedia jasa pelayanan kesehatan juga tidak mengenalkan panduan secara ekstensif. Hal tersebut menyebabkan penggunaan dan kepatuhan terhadap panduan tersebut bisa sangat lemah¹².

Tidak adanya komitmen antar program yang terlibat menyebabkan terhambatnya koordinasi dan komunikasi pelaksanaan kegiatan, walaupun secara kuantitas program terpadu tetap berjalan di lapangan namun secara kualitas program terpadu belum tercapai. Integrasi seluruh sektor memerlukan keterlibatan dan komitmen di berbagai tingkat lembaga yang terlibat¹³.

Supervisi program terpadu tidak dilakukan secara khusus, namun diintegrasikan dengan supervisi kegiatan lainnya. Supervisi merupakan salah satu upaya untuk menjalin koordinasi antar program yang terlibat, ataupun koordinasi pada program yang sama namun pada tingkatan pelayanan yang berbeda. Supervisi adalah dasar untuk koordinasi dalam hirarki organisasi, yakni dilakukan pertukaran informasi di antara 2 orang atau seorang yang bertanggung jawab untuk suatu pekerjaan¹⁴.

Secara konteks pelaksanaan program terpadu pengendalian malaria, pelayanan kesehatan ibu hamil dan imunisasi di Kabupaten HSS dan Kota Banjarbaru telah berjalan dan diterima dengan baik oleh pengelola dan penyedia pelayanan, namun untuk keberhasilan jangka panjang dan sustainability program terpadu ini, masih terdapat beberapa tantangan dan tindak lanjut yang harus dilakukan pada setiap komponen.

REFERENSI

1. WHO, Malaria in Pregnancy: Guideline for measuring key monitoring and evaluation indicators. World Health Organization; 2007.
2. Kementerian Kesehatan RI: Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Terpadu Pengendalian Malaria, Pelayanan Ibu Hamil dan Imunisasi, Kemenkes RI, Ditjen PP dan PL. Jakarta, 2011.
3. Mboye AK, Neema S, dan Magnussen P: Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Journal article* 2005, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16317032>.
4. Beiersmann Claudia, Manuela De Allegri, Justin Tiendrebéogo, Maurice Ye, Arbrech Jahn, Olaf Mueller: "Different delivery mechanisms for insecticide-treated nets in rural Burkina Faso: a provider's perspective. <http://www.pubmedcentra.nih.gov/articlerende>; no 10.1186/1475-2875-9-352; 2010.
5. Shaw S, Rosen R dan Rumbold B: What is integrated care, an overview of integrated care in NHS, research report. *Nuffield Trust* 2011, London W1G7LP. New Cavendish Street.
6. Mathanga DP, Luman ET, Campbell CH, Silwimba C, Malenga G: Integration of insecticide-treated net distribution into routine immunization service in Malawi: a pilot study. *Tropical medicine and international health* 2009, vol 14 no.7 July 2009, Blackwell publish Ltd.
7. WHO, Integrated health services: what and why. *H. I Brief No. 1* 2008, WHO department of health policy, development and services.
8. Wallace A, TK Ryman dan V Dietz: Experiences integrating delivery of maternal and child health services with childhood immunization programs: systematic review update, *Oxford University Press in association with the London of Hygiene and tropical medicine* 2012.
9. Partapuri Tasnim, R Steingless dan J Sequira: Integrated delivery of health services during outreach visit: A literature review of program experience through a routine immunization lens. *The Journal of Infectious Disease*, 2012;205:S20-7.
10. Richardson Dominic dan Patana P: Integrating service delivery : Why, for who, and how?. *Social Policy Division, Integrated service and housing consultation* 2012.
11. Liyod dan Wait: Integrated care a guide for policymakers. *Health the future* 2005. Geronto Centrum. United Kingdom.
12. MCHIP, USAID, Maternal and child health integrated program: Capacity to address malaria in pregnancy and community case management. *Final MCHIP Malaria Brief* 2012.
13. Jacqueline S: Integration of health services: Theory and practices. *Harvard global health review* 2012.
14. Shortell and Arnorld DK: *Essential of health care management*, Delmar Publisher 1997.