



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FORMULASI KEBIJAKAN REGISTRASI TENAGA
KESEHATAN DI LUAR DOKTER, DOKTER GIGI DAN
TENAGA KEFARMASIAN**

TESIS

**ANNY FADMAWATY
1006798871**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FORMULASI KEBIJAKAN REGISTRASI TENAGA
KESEHATAN DI LUAR DOKTER, DOKTER GIGI DAN
TENAGA KEFARMASIAN**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan
Masyarakat

**ANNY FADMAWATY
1006798871**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : ANNY FADMAWATY

NPM : 1006798871

Tanda Tangan : 

Tanggal : 16 JULI 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Anny Fadmawaty
NPM : 1006798871
Mahasiswa Program : Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010 - 2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan Di Luar Dokter, Dokter Gigi Dan Tenaga Kefarmasian

Apabila suatu saat nanti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 16 Juli 2012



(Anny Fadmawaty)

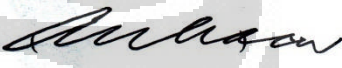

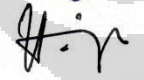
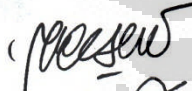
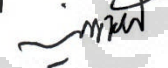
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Anny Fadmawaty
NPM : 1006798871
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan
Judul Tesis : Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di Luar Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kefarmasian

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Dewan Penguji

Pembimbing : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSC 
Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()
Penguji : Vetty Yulianty, S.Si, MPH ()
Penguji : Ir. Ace Yati Hayati, M.Kes ()
Penguji : Dedi Hermawan, SKM, M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan semuanya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul “Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di Luar Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kefarmasian” ini sebagai syarat untuk meraih gelar magister Kesehatan dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis mendapat bimbingan, bantuan dan dukungan, saran, pengertian serta doa restu dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan maaf yang sebesar-besarnya dan terimakasih yang sebanyak-banyaknya kepada:

1. Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSC, selaku pembimbing tesis, yang telah memberikan waktunya yang berharga serta masukan, bimbingannya selama penulis menyelesaikan tesis ini
2. Para Penguji, segenap pimpinan, pengajar dan staf pengajar AKK FKM UI yang telah memberikan ilmunya dalam proses belajar mengajar selama penulis mengikuti pendidikan
3. drg. Oscar Primadi MPH sebagai kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan (Pustanserdik) Badan PPSDM Kesehatan, yang memberikan izin untuk melakukan penelitian di Pustanserdik SDM Kesehatan.
4. Pak Diono, Ibu Ivone, Pak Hengki, Pak Dedi, Bu Endah dan Mba Dian di Pustanserdik yang telah dengan tulus ikhlas menyediakan waktunya untuk penulis selama melakukan penelitian.
5. Keluarga penulis khususnya suami tercinta Abi Jumadi yang penuh kesabaran mendukung penulis menyelesaikan tesis ini
6. Anak-anakku yang tercinta Shabira dan Syakura yang menjadi motivator dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Pak Khaerudin, Pak Alex, Mba Refni, Mba Lenny, serta teman - teman yang lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu saya dalam proses penyelesaian tesis ini

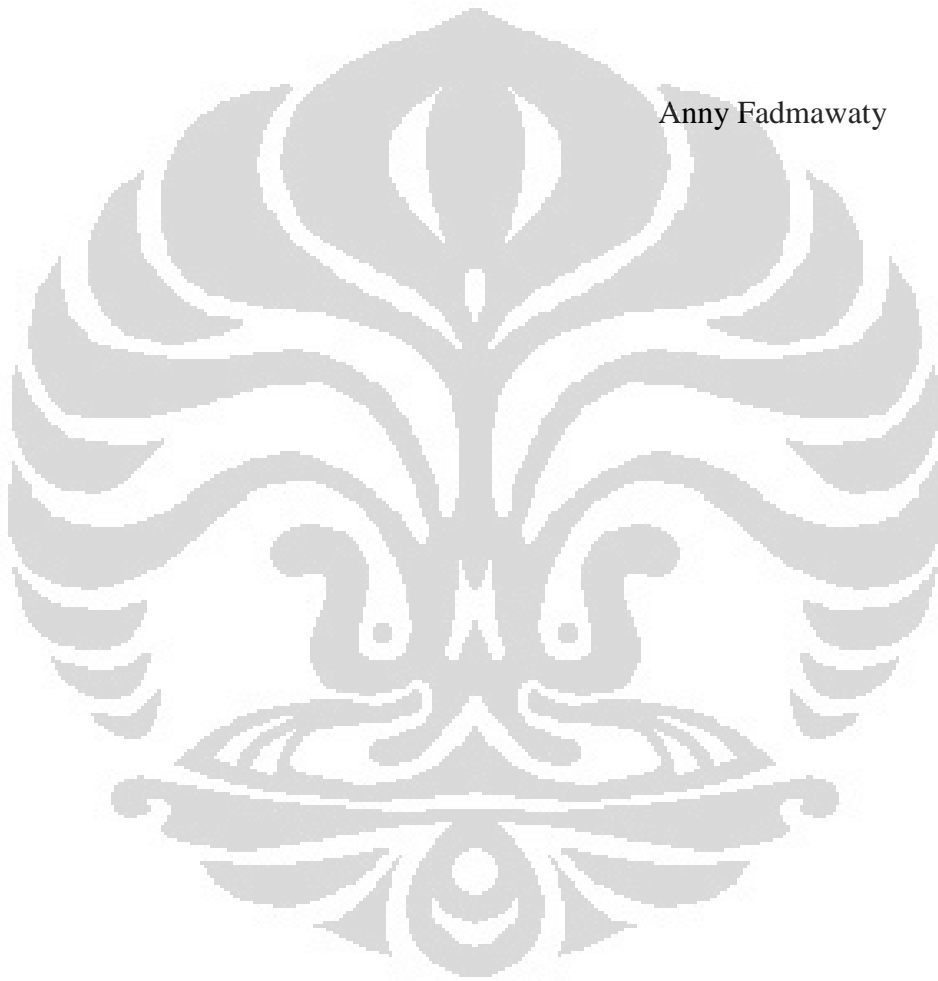
Insya Allah semua yang telah diberikan oleh para pihak mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Insya Allah tesis ini berguna bagi banyak pihak dan mohon maaf yang sebesar-besarnya atas semua keterbatasan penulis.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis

Anny Fadmawaty



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anny Fadmawaty
NPM : 1006798871
Program Studi : Kebijakan dan Hukum Kesehatan
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di Luar Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kefarmasian .

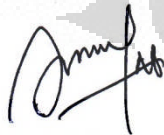
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 16 Juli 2012

Yang Menyatakan



(Anny Fadmawaty)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	6
1.2.Rumusan Masalah.....	6
1.3.Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4.Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan Umum.....	6
1.4.2. Tujuan Khusus.....	6
1.5.Manfaat Penelitian.....	7
1.6.Ruang Lingkup Penelitian.....	7
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Teori Kebijakan Publik.....	9
2.1.1. Konsep Kebijakan Publik.....	9
2.1.2. Pendekatan Analisis Kebijakan Publik.....	11
2.1.3. Manfaat Studi Kebijakan Publik.....	14
2.1.3. Perumusan/Formulasi Kebijakan.....	15
2.1.4. Tahap-tahap dalam Formulasi Kebijakan.....	19
2.1.5. Implementasi Kebijakan.....	22
2.1.7. Evaluasi Kebijakan.....	27
2.1.8. Konteks Kebijakan.....	28
2.1.9. Aktor Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	31
2.2. Tenaga Kesehatan.....	36
2.3. Pengaturan Tenaga Kesehatan.....	38
2.4. Sistem Legislasi Tenaga Kesehatan.....	40
2.4.1. Sertifikasi Tenaga Kesehatan.....	41
2.4.2. Uji Kompetensi Tenaga Kesehatan.....	42
2.4.3. Registrasi Tenaga Kesehatan.....	44
BAB III.....	49
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	49
3.1. Kerangka Teori.....	49
3.2. Kerangka Konsep.....	50
3.3. Definisi Operasional.....	52

BAB IV.....	56
METODOLOGI PENELITIAN.....	56
4.1. Desain Penelitian.....	56
4.2. Lokasi dan Tempat Penelitian.....	56
4.3. Informan.....	56
4.4. Pengumpulan Data.....	57
4.4.1. Data Primer.....	57
4.4.2. Data Sekunder.....	57
4.5. Pengolahan Data.....	57
4.6. Analisa Data.....	59
BAB V.....	60
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	60
5.1.1. Kedudukan Badan PPSDM Kesehatan.....	60
5.1.2. Susunan Organisasi Badan PPSDM Kesehatan.....	64
5.1.3. Visi dan Misi Badan PPSDM Kesehatan.....	64
5.2. Pelaksanaan Penelitian.....	65
5.3. Hasil Penelitian.....	66
5.3.1. Karakteristik Informan.....	66
5.3.2. Pengidentifikasian Masalah Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	67
5.3.3. Agenda Setting Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	69
5.3.4. Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	72
5.3.5. Legitimasi Kebijakan Registrasi	74
5.3.6. Rancangan Implementasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	76
5.3.7. Rancangan Evaluasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.....	78
5.3.8. Reformulasi Kebijakan.....	79
5.3.9. Aktor Kebijakan.....	81
BAB VI.....	83
KESIMPULAN DAN SARAN.....	83
6.1. Kesimpulan.....	83
6.2. Saran.....	84
6.2.1. Bagi Kementerian Kesehatan.....	84
6.2.2. Organisasi Profesi Kesehatan.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Teori Sistem Kebijakan Publik.....	12
Gambar 2.2. Skema Model Proses Formulasi Kebijakan	17
Gambar 2.3. Peta Sumber Daya Jumlah Tenaga Kesehatan di Indonesia.....	37
Gambar 2.4. Alur Registrasi Tenaga Kesehatan melalui uji Kompetensi.....	45



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Dummy Table dan Uji Triangulasi.....	58
Tabel 5.1. Karakteristik Informan	66
Tabel 5.2. Indikator Jumlah Tenaga Kesehatan selain dokter, dokter gigi yang memiliki STR.....	72



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi.

WHO menyatakan bahwa 80% keberhasilan pembangunan/pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kuantitas dan kualitas SDM kesehatan selain pembiayaan. Sarana kesehatan yang selama ini telah dibangun, peralatan, obat dan bahan habis pakai lainnya yang telah tersedia akan menjadi tidak optimal pemanfaatannya karena kelangkaan SDM kesehatan.

Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan merupakan salah satu unsur penting dalam pelaksanaan dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Saat ini, isu strategis dalam pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan diantaranya belum terpenuhinya kebutuhan SDM kesehatan, ketidakserasian kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis tenaga kesehatan, pendayagunaan dan pemerataan SDM kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan, dan registrasi, sertifikasi tenaga kesehatan yang masih terbatas pada dokter dan dokter gigi (kementerian kesehatan,2010). Secara global permasalahan tenaga kesehatan terkait dengan minimnya jumlah tenaga, maldistribusi, kurangnya pelatihan, dan kualitas tenaga kesehatan itu sendiri. Studi di Papua Nugini menunjukkan hanya 24 % dari tenaga kesehatan yang dapat melakukan terapi yang tepat pada kasus malaria, di Pakistan, hanya 35% dari tenaga kesehatan yang mampu memberikan terapi berbagai tipe diare pada pasien. Studi di tujuh negara berkembang juga menunjukkan bahwa sekitar 61 % pasien mengalami terapi yang tidak sesuai pada pemberian antibiotik, cairan, makanan maupun oksigen (Skolnik,2012)

WHA telah menetapkan Tahun 2006-2015 sebagai dekade SDM kesehatan sedunia (*Health Workforce Decade*) untuk mengatasi berbagai krisis di bidang SDM kesehatan. Seiring dengan kebijakan tersebut Pemerintah telah berupaya meningkatkan jumlah, kualitas dan distribusi tenaga kesehatan ke seluruh pelosok tanah air melakukan akselerasi SDM kesehatan di Indonesia (Fatmah,2010). Pemerintah telah melakukan upaya peningkatan kualitas SDM Kesehatan khususnya tenaga kesehatan melalui pendidikan kesehatan profesional melalui sistem akreditasi institusi pendidikan, namun hal ini masih belum dapat menjamin mutu lulusan dan bentuk penjaminan kualitas tenaga kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata nilai akreditasi secara umum masih rendah, dan tidak ada hubungan antara komponen-komponen dengan mutu lulusan (Siti Hayati,2003).

Berkaitan dengan kualitas tenaga kesehatan saat ini, masih banyaknya kasus-kasus mal praktik yang terjadi di Indonesia berupa pengaduan-pengaduan ketidakpuasan atas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan baik di Puskesmas hingga RS besar . Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang ilmu kedokteran, perubahan sosial budaya, pandangan hidup dan cara berpikir serta globalisasi merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kritis masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada saat ini . Dalam malpraktik medik, selain aspek hukum perdata,juga terdapat aspek hukum pidana.(Anonim, 2003)

Jumlah tenaga kesehatan di Indonesia pada tahun 2009 sebanyak 355.277.(Depkes, 2009). Saat ini rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target. Sampai dengan tahun 2008, rasio tenaga kesehatan masih belum mencapai target per 100.000 penduduk sesuai tahun 2008, seperti untuk dokter spesialis 7,73 per 100.000 penduduk (target 9 per 100.000 penduduk), dokter umum sebesar 26,3 per 100.000 penduduk (target 30 per 100.000 penduduk), dokter gigi sebesar 7,7 per 100.000 penduduk (target 11 per 100.000 penduduk), perawat sebesar 157,75 per 100.000 penduduk sudah mendekati target 158 per 100.000 penduduk, dan bidan sebesar 43,75 per 100.000 penduduk jauh dari target 75 per 100.000 penduduk. Masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan, seperti dokter umum pada tahun 2007-2010 sebanyak 26.218 orang, dokter spesialis sebanyak 8.860 orang, dokter gigi sebanyak 14.665 orang, perawat sebanyak 63.912 orang, bidan sebanyak 97.802 orang, apoteker sebanyak 11.027 orang, kesehatan masyarakat sebanyak 9.136 orang, sanitarian sebanyak 13.455 orang,

tenaga gizi sebanyak 27.127 orang, terapi fisik sebanyak 4.148 orang, dan teknis medis sebanyak 3.838 orang (Kemenkes RI,2010)

Pemerintah saat ini telah melakukan upaya strategis dalam penguatan pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan yang dilakukan dengan melaksanakan proses registrasi tenaga kesehatan yang meliputi standarisasi, sertifikasi dan lisensi. Registrasi disamping sebagai bentuk perlindungan bagi masyarakat, juga merupakan perlindungan bagi tenaga kesehatan (Fealy, et al, 2009).

Pengaturan registrasi tenaga kesehatan untuk dokter dan dokter gigi yang ada saat ini diatur dalam Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan untuk tenaga kefarmasian diatur dalam Peraturan Pemerintah No 51 Tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian. Sedangkan registrasi untuk tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1796 Tahun 2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Saat ini, dokter dan dokter gigi telah ada uji kompetensi untuk mendapatkan sertifikat guna menjamin kualitas profesi. Perlu adanya pengaturan guna menjamin kualitas tenaga kesehatan melalui proses registrasi. Setiap lulusan yang ingin praktik atau bekerja harus punya sertifikasi dengan mengikuti uji kompetensi. Setelah itu, baru diregistrasi untuk mendapatkan STR. Dengan STR tersebut Nakes bisa mengurus lisensi Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Ijin Kerja (SIK) (Anonim,2010)

Keberhasilan implementasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan sering dikaitkan dengan sumberdaya, komunikasi, koordinasi dan infrastruktur. Sampai saat ini Pemerintah masih menjadikan sosialisasi dan penerapan perundang-undangan di bidang pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dilaksanakan secara memadai. Di lain pihak organisasi profesi sebagai stakeholder memandang belum sepenuhnya dapat terlibat dalam kebijakan-kebijakan terkait dengan profesi tenaga kesehatan. Sekitar 40 % Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) sebagai bagian rentang kendali Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) masih terintegrasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi. Di beberapa wilayah tingkat penerimaan (akseptabilitas) kebijakan registrasi ini belum direspon secara menyeluruh oleh tenaga kesehatan sebagai sasaran kebijakan yang ditunjukkan dengan belum terregistrasinya semua tenaga kesehatan.

Saat ini proses registrasi tenaga dokter dan dokter gigi melalui sebuah proses uji kompetensi yang proses registrasinya oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Tenaga kefarmasian oleh Komite Kefarmasian Nasional. Registrasi Tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia.

Proses registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian sebelumnya bersifat administratif, tanpa ada pelaksanaan uji kompetensi. Uji kompetensi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian diberlakukan hanya pada peserta didik dalam bidang tenaga kesehatan bersamaan dengan pelaksanaan ujian akhir.

Kualitas atau mutu tenaga kesehatan sangat terkait dengan mutu pelayanan kesehatan. Peraturan yang telah ada tentang registrasi tenaga kesehatan berupa peraturan menteri kesehatan yang hanya mengatur tata cara registrasi dan memperoleh izin kerja tanpa melalui proses penjaminan kualitas tenaga kesehatan atau uji kompetensi.

Pemerintah juga telah berupaya dalam menata mutu tenaga kesehatan melalui PP nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang berkaitan dengan pendidikan dan perizinan untuk melakukan pelayanan kesehatan diatur melalui bab persyaratan yang menyatakan tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikannya. Selanjutnya dinyatakan bahwa tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah memiliki izin dari Menteri Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 23 ayat (3) menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah, ayat (5) menyatakan ketentuan mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam peraturan Menteri. Permenkes NOMOR 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan merupakan pelaksanaan ketentuan Pasal 23 ayat (5) di atas dalam rangka peningkatan mutu pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan pekerja kefarmasian selama ini melakukan perizinan dalam bentuk registrasi yang bersifat administrasi tanpa melihat dan menilai kemampuan tenaga tersebut. Hal ini menjadi pertanyaan bagaimana mutu atau kualitas tenaga kesehatan yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi mutu layanan kesehatan saat ini.

Berbagai permasalahan di atas, mengindikasikan bahwa regulasi tenaga kesehatan khususnya penjaminan mutu maupun peningkatan mutu tenaga kesehatan sangat diperlukan. Kebijakan registrasi tenaga kesehatan yang baru melalui proses uji kompetensi mengharuskan adanya proses penjaminan mutu tenaga kesehatan.

Proses registrasi yang merupakan bentuk penjaminan kualitas tenaga kesehatan seharusnya menjadi perhatian bagi Pemerintah sebagai bentuk peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan itu sendiri. Pemerintah memiliki kewajiban untuk membuat sebuah aturan dengan sebaik-baiknya sehingga proses implementasi dapat berjalan dengan baik.

Kebijakan registrasi tenaga kesehatan sebagai kebijakan publik melalui pentahapan proses kebijakan seperti dalam kebijakan publik lainnya, yaitu melalui tahapan formulasi kebijakan, implementasi kebijakan, monitoring dan evaluasi kebijakan, hasil serta dampak kebijakan. Proses formulasi kebijakan melalui beberapa tahapan yaitu mengidentifikasi masalah, agenda setting, formulasi proposal kebijakan, implementasi dan evaluasi terhadap kebijakan tersebut (Agustino, 2006).

Proses formulasi kebijakan merupakan tahapan yang penting, karena dalam proses ini menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Dalam formulasi kebijakan ditetapkan tujuan, strategi pencapaian, pertimbangan sumberdaya dan antisipasi konsekuensi dan resiko kebijakan yang ditetapkan. Untuk mendapatkan gambaran bagaimana proses formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian, maka perlu dilakukan kajian mendalam untuk mengetahui bagaimana pemerintah memformulasikan kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian.

1.2 . Rumusan Masalah

Rendahnya aseptabilitas, belum tersosialisasinya kebijakan, belum optimal koordinasi antar stakeholder menunjukkan bahwa kebijakan registrasi tenaga kesehatan belum dapat dilaksanakan secara optimal. Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung pada formulasi kebijakan.

Penelitian ini difokuskan pada proses formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan yang meliputi bagaimana proses formulasi kebijakan, sumberdaya pendukung, peran dan fungsi dan peran pemangku kebijakan.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah pokok sebagai berikut :

1. Bagaimana formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar tenaga dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian?
2. Bagaimana Peran dan Fungsi aktor-aktor yang terlibat dalam formulasi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk melakukan analisa Formulasi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan dalam Permenkes NOMOR 1796/MENKES/PER/VIII/2011 dalam menjamin mutu tenaga kesehatan terhadap peningkatan pelayanan terhadap tenaga kesehatan.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Mendeskripsikan Proses formulasi (Formulasi) kebijakan registrasi Tenaga Kesehatan
- 2) Mendeskripsikan peran dan fungsi aktor-aktor kebijakan yang berperan dalam formulasi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian akademis dan institusi penyelenggaraan pendidikan, khususnya dalam kebijakan tenaga kesehatan

1.5.2. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi instansi terkait

Pemerintah Pusat, khususnya Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan dapat memanfaatkan hasil penelitian ini, sebagai bahan kajian dalam formulasi kebijakan Tenaga Kesehatan.

- b. Bagi peneliti

Sebagai kajian dalam pelaksanaan tugas dalam kajian kebijakan tentang Registrasi Tenaga Kesehatan

1.5.3. Manfaat Metodologis

Hasil penelitian ini, diharapkan dapat memberi tambahan informasi dan referensi bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan registrasi Tenaga Kesehatan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dengan analisis yang diteliti yaitu : bagaimana pertimbangan sumberdaya dan proses formulasi kebijakan, peran serta fungsi aktor-aktor, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran bagaimana formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan berjalan.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, menggunakan kuesioner dengan pendekatan wawancara mendalam terhadap informan, diantaranya Kepala Biro Hukum Dan Organisasi Kementerian Kesehatan, Kepala Pusat standarisasi Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan, Ketua Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia, Ketua DPP Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan (Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI), sebanyak 8 orang dan penelitian ini dilakukan pada bulan Mei – Juni 2012.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Teori Kebijakan Publik

Studi kebijakan publik berusaha untuk meninjau berbagai teori dan proses yang terjadi dalam kebijakan publik. Dapat dikatakan bahwa kebijakan publik tidak lepas dari proses pembentukan kebijakan itu sendiri. Dengan demikian, salah satu tujuan studi kebijakan publik adalah untuk menganalisis bagaimana tahapan demi tahapan proses pembentukan kebijakan publik tersebut sehingga terwujudlah suatu kebijakan publik tertentu.

Tahapan demi tahapan tersebut terangkum sebagai suatu proses siklus pembuatan kebijakan publik. Setiap tahapan dalam proses pembentukan kebijakan publik mengandung berbagai langkah dan metode yang lebih rinci lagi. Tahapan yang terdapat dalam pembuatan suatu kebijakan publik memiliki berbagai manfaat serta konsekuensi dari adanya proses tersebut, khususnya bagi para aktor pembuat kebijakan publik. (Agustino, 2008)

2.1.1. Konsep Kebijakan Publik

Secara umum, istilah kebijakan atau policy digunakan untuk menunjukkan perilaku seorang aktor, seperti seorang pejabat, suatu kelompok maupun suatu lembaga pemerintah. Pada dasarnya terdapat banyak batasan atau definisi mengenai apa yang dimaksud dengan kebijakan publik, masing – masing definisi tersebut memberi penekanan yang berbeda – beda. Perbedaan ini timbul karena masing – masing ahli mempunyai latar belakang yang berbeda – beda. Berikut ini beberapa definisi tentang kebijakan publik :

a. James Anderson (Agustino, 2008)

Serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Konsep kebijakan ini menitikberatkan pada apa yang sesungguhnya dikerjakan dari pada apa yang diusulkan atau dimaksud.

Anderson mengartikan kebijakan publik sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh pelaku atau

sekelompok pelaku guna memecahkan masalah tertentu. Lebih lanjut dikatakan Anderson ada elemen-elemen penting yang terkandung dalam kebijakan publik antara lain mencakup:

- 1) Kebijakan selalu mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu.
- 2) Kebijakan berisi tindakan atau pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah.
- 3) Kebijakan adalah apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah, dan bukan apa yang bermaksud akan dilakukan.
- 4) Kebijakan publik bersifat positif (merupakan tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu) dan bersifat negatif (keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu).
- 5) Kebijakan publik (positif) selalu berdasarkan pada peraturan perundangan tertentu yang bersifat memaksa (*otoritatif*).

Berdasarkan pengertian dan elemen yang terkandung dalam kebijakan tersebut, maka kebijakan publik dibuat adalah dalam kerangka untuk memecahkan masalah dan untuk mencapai tujuan serta sasaran tertentu yang diinginkan.

a. Robert Eyestone (Nawawi,2009)

Secara luas kebijakan publik dapat didefinisikan sebagai hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya.

b. Thomas R. Dye (1981)(Indiahono,2009, Subarsono,2005)

Kebijakan publik dikatakan sebagai apa yang tidak dilakukan maupun apa yang dilakukan oleh pemerintah, dengan pemahaman bahwa pertama kebijakan haruslah dilakukan oleh badan pemerintah dan yang kedua kebijakan tersebut mengandung pilihan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah.

c. Richard Rose (Winarno,2012)

Kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensinya bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai suatu keputusan tersendiri. Kebijakan ini dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan sekedar suatu keputusan untuk melakukan sesuatu. Definisi ini dapat diklasifikasikan sebagai intervensi Negara dengan rakyatnya dalam rangka mengatasi

persoalan publik, karena melalui hal tersebut akan terjadi perdebatan antara yang setuju dan tidak setuju terhadap suatu hasil kebijakan yang dibuat oleh pemerintah.

2.1.1. Pendekatan Analisis kebijakan publik

Menurut para ahli ilmu politik yang telah menciptakan teori dan model dalam membantu, memahami dan menjelaskan proses pembuatan keputusan, mereka juga mengembangkan berbagai pendekatan teoritis untuk membantu dalam mempelajari dan memahami perilaku seluruh sistem politik. Berikut merupakan pendekatan secara teoritis, yaitu : (Agustino, 2008, Nawawi, 2009, Winarno, 2012)

1) Teori Sistem

Kebijakan publik dapat dipandang sebagai reaksi sistem politik untuk kebutuhan yang dari lingkungan sekitarnya. Sistem politik, seperti yang didefinisikan oleh David Easton (1965), terdiri dari kegiatan dan lembaga yang dapat diidentifikasi dan saling berhubungan dalam masyarakat yang dapat membuat keputusan berdasarkan wewenang yang mengikat di masyarakat. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi, komponen sisten meliputi :

a. Masukkan (*input*)

Sistem politik berasal dari lingkungannya yang terbuka berupa permintaan (*demands*) dan dukungan (*support*).

b. Lingkungan (*environment*)

Terdiri dari semua kondisi dan kejadian luar sampai pada batas sistem politik.

c. Permintaan (*demands*)

Klaim yang dibuat seseorang dan kelompok dalam sistem politik untuk bertindak supaya dapat memenuhi keinginannya, serta dukungan.

d. Dukungan (*support*)

Diberikan ketika suatu kelompok dan masing – masing orang mematuhi hasil pemilihan umum, membayar pajak, mematuhi hukum dan menerima keputusan serta tindakan sistem politik yang berkuasa, yang dibuat sebagai reaksi dari permintaan.

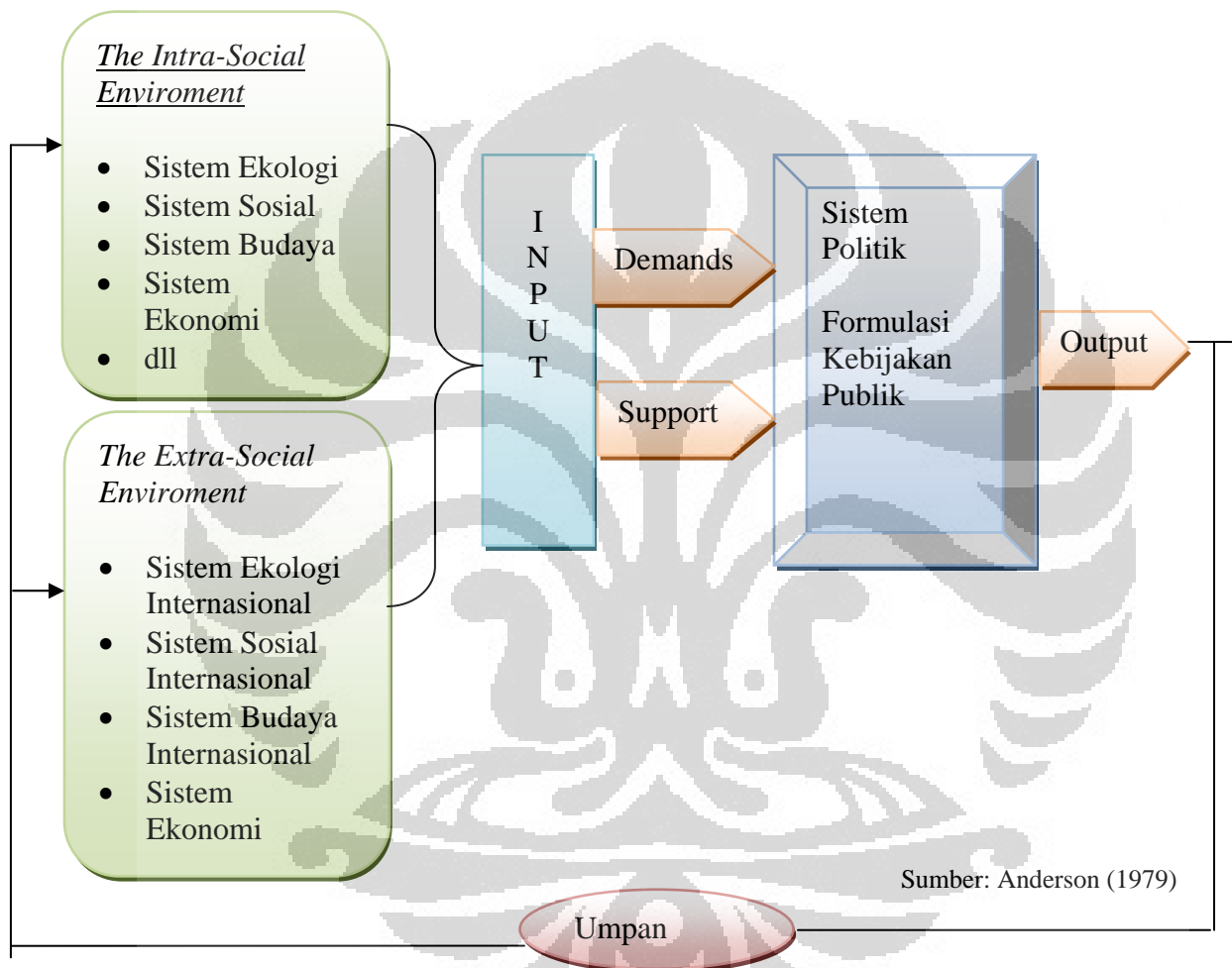
e. Umpan Balik (*feed back*)

Menunjukkan bahwa kebijakan public (*output*) sesudah itu dapat merubah lingkungan dan permintaan yang muncul didalamnya seperti karakteristik sistem politik itu sendiri.

f. Output

Kebijakan dapat menghasilkan permintaan baru, yang dapat memberikan output kebijakan selanjutnya dan seterusnya secara kontinyu, sehingga kebijakan public tidak pernah berakhir.

Gambar. 2.1. Teori Sistem Kebijakan Publik



Kegunaan teori sistem untuk studi kebijakan publik, dibatasi oleh sifatnya yang sangat umum. Terlebih hal tersebut tidak banyak memperhatikan bagaimana keputusan dibuat dan bagaimana kebijakan dikembangkan dalam “kotak hitam” yang disebut sistem politik. Namun demikian teori sistem sangat membantu dalam mengorganisasikan dalam pembentukan kebijakan.

2) Teori Kelompok

Secara garis besar pendekatan ini menyatakan bahwa pembentukan kebijakan pada dasarnya merupakan hasil perjuangan antara kelompok – kelompok dalam masyarakat. Teori kelompok mempunyai anggapan bahwa interaksi dan perjuangan diantara kelompok merupakan kenyataan dari kehidupan politik. Suatu kelompok merupakan sekumpulan individu yang berdasarkan kepentingan atau sikap yang membuat klaim pada kelompok lain di masyarakat. Dan kelompok ini dapat menjadi kelompok yang mempunyai kepentingan politik.

3) Teori Elite

Dari sudut pandang teori elite, kebijakan publik dapat dianggap sebagai nilai dan pilihan elite pemerintah semata dan kebijakan publik tidak ditentukan oleh “massa” melalui permintaan dan tindakan mereka tetapi kebijakan public diputuskan oleh suatu elite yang mengatur dan dipengaruhi oleh instansi pejabat publik. Secara ringkas mengenai teori elite, adalah sebagai berikut :

- a. Masyarakat dapat dibagi menjadi dua, *pertama* mereka yang sedikit mempunyai kekuasaan dan *kedua* mereka yang banyak tidak mempunyai kekuasaan.
- b. Sedikit orang yang memerintah tidak sama dengan massa yang diperintah.
- c. Pergerakan dari non-elit ke posisi elit harus kontinyu agar terpelihara stabilitas dan menghindari perubahan secara besar – besaran.
- d. Elit membuat kesepakatan berdasarkan sistem nilai sosial dan pemeliharaan sistem.
- e. Kebijakan publik tidak mencerminkan kebutuhan massa tetapi lebih mencerminkan nilai – nilai dan kebutuhan elit.
- f. Elite lebih banyak mempengaruhi massa dari pada massa yang mempengaruhi elite.

4) Teori Proses Fungsional

Cara lain untuk memahami studi pembentuk kebijakan adalah dengan melihat pada bermacam – macam aktivitas proses fungsional yang terjadi dalam proses kebijakan. Ada tujuh kategori analisis fungsional, yaitu :

- a. Inteligensi : yaitu bagaimana informasi kebijakan yang menjadi perhatian dari pembuat kebijakan dikumpulkan dan diproses.
- b. Rekomendasi : bagaimana rekomendasi yang sesuai dengan masalah dibuat dan ditawarkan

- c. Preskripsi : bagaimana aturan umum dipakai atau diumumkan dan digunakan oleh siapa?
- d. Inovasi : siapa yang menentukan apakah perilaku yang ada bertentangan dengan peraturan atau hukum.
- e. Aplikasi : bagaimana hukum atau peraturan sesungguhnya dilaksanakan atau diterapkan.
- f. Penghargaan : bagaimana pelaksanaan kebijakan, keberhasilan atau kegagalannya diukur
- g. Penghentian : bagaimana peraturan atau hukum hentikan atau diteruskan dengan bentuk yang diubah atau diperbaiki.

5) Teori Kelembagaan

Kehidupan politik umumnya berkisar pada lembaga pemerintah seperti : legislative, eksekutif, pengadilan dan partai politik. Berdasarkan kewenangannya kebijakan public ditentukan dan dilaksanakan oleh lembaga pemerintah. Secara tradisional, pendekatan kelembagaan menitikberatkan pada penjelasan lembaga pemerintah dengan aspek yang lebih formal dan legal yang meliputi organisasi formal, kekuasaan legal, aturan prosedural, dan fungsi atau aktivitasnya. Hubungan formal dengan lembaga lainnya juga menjadi titik berat pendekatan kelembagaan.

2.1.2. Manfaat Studi Kebijakan Publik

Menurut Thomas R. Dye (1995) dan James Anderson (1984) ada tiga alasan yang melatarbelakangi mengapa kebijakan public perlu dipelajari. (Agustino, 2008 & Subarsono, 2005)

- 1) Pertimbangan atau alasan ilmiah (*scientific reasons*). Kebijakan publik dipelajari dalam rangka untuk menambah pengetahuan yang lebih mendalam. Mulai dari asalnya, prosesnya, perkembangannya serta akibat-akibat yang ditimbulkan bagi masyarakat.
- 2) Pertimbangan atau alasan professional (*professional reasons*). Don K. Price (1965:123-135) memberikan pemisahan antara *scientific-estate* yang hanya mencari untuk kepentingan ilmu pengetahuan dengan *professional-estate*, yang berusaha menerapkan ilmu pengetahuan untuk memecahkan masalah sosial secara praktis. Dalam bahasa sederhana studi kebijakan digunakan sebagai alas untuk menerapkan pengetahuan ilmiah dalam rangka memecahkan masalah atau menyelesaikan masalah sehari-hari.
- 3) Pertimbangan atau alasan politis (*political reasons*). Kebijakan publik dipelajari pada dasarnya agar setiap perundangan dan regulasi yang dihasilkan dapat tepat guna mencapai tujuan yang sesuai target.

2.1.3. Perumusan/Formulasi kebijakan

Formulasi kebijakan merupakan salah satu tahap yang penting dalam pembentukan kebijakan publik. Anderson (1984) menyebutkan bahwa formulasi kebijakan menyangkut upaya menjawab pertanyaan bagaimana berbagai alternatif disepakati untuk masalah-masalah yang dikembangkan dan siapa yang berpartisipasi, dimana merupakan proses yang spesifik yang ditujukan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan khusus. Formulasi kebijakan merupakan fenomena yang kompleks yang mungkin dapat dipahami sebagai suatu proses, suatu keluaran (*output*) maupun sebagai suatu dampak (*outcome*).

Dye (1995) dalam Nawawi (2009) mendeskripsikan beberapa model formulasi kebijakan, sebagai berikut :

a. Model Sistem

Model ini merujuk pada model sistem yang dikembangkan oleh David Easton, kebijakan timbul karena adanya interaksi lingkungan sekitar, dan model ini berdasarkan pada output lingkungan atau sistem yang tengah berlangsung. Model ini mengenalkan lima instrumen dalam memahami kebijakan, yaitu input, proses/transormasi, output, feedback dan lingkungan itu sendiri. Model ini menyatakan bahwa pembentukan kebijakan sebagai interaksi yang terjadi antara lingkungan dengan para pembentuk kebijakan dalam proses yang dinamis.

Model ini hanya berasal dari sudut pandang pembuat kebijakan. Dalam hal ini, melihat peran para pembuat kebijakan dalam perencanaan dan pengkoordinasian untuk menemukan pemecahan masalah.

b. Model Elit

Model formulasi ini merupakan proses memformulasikan sebagai abstraksi dari elit yang berkuasa. Terdapat dua kelompok dalam yaitu kelompok masyarakat yang berkuasa (elit) dan kedua kelompok masyarakat yang dikuasai. Dalam model ini, kebijakan yang dihasilkan mempunyai sebagai kepentingan elit yang berkuasa dari tuntutan publik, karena rumusan kebijakan yang dihasilkan untuk mempertahankan kekuasaannya, kebijakan yang menguntungkan dirinya dan mengenyampingkan partisipasi publik.

c. Model Institusional

Model ini berfokus pada lembaga pemerintah secara otonom, tanpa melibatkan interaksi lingkungan. Dalam model ini mengatakan bahwa tugas pembuat kebijakan adalah tugas pemerintah dan publik selaku pelaksana kebijakan yang dibuat oleh institusi pemerintah.

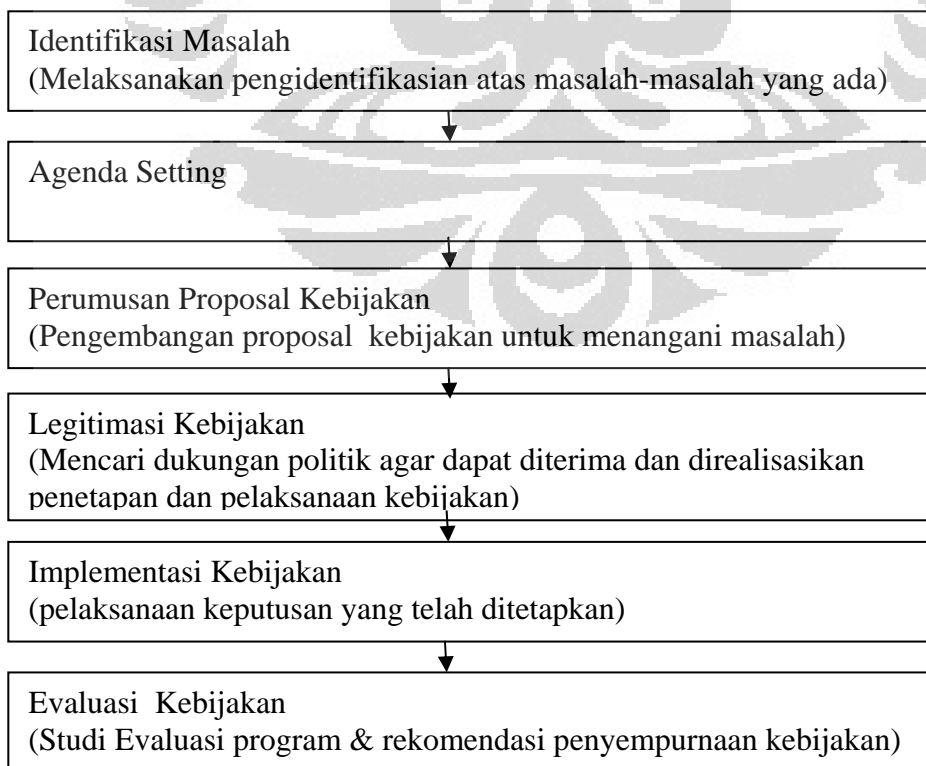
d. Model Kelompok

Model ini merupakan abstraksi konflik kepentingan antar kelompok dalam suatu institusi atau pemerintah dalam menetapkan kebijakan publik. Konflik yang terjadi adalah konflik yang konstruktif kemudian berusaha menemukan keseimbangan dengan upaya menemukan pola kompromi antar kepentingan yang sedang diperjuangkan oleh kelompok dalam mempertahankan pengaruhnya.

e. Model Proses

Model ini merupakan suatu aktivitas yang menyertakan rangkaian kegiatan yang berujung pada evaluasi kebijakan publik. Secara skematis model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar.2.2. Skema Model Proses Formulasi Kebijakan



Sumber: Agustino, 2006 dalam Nawawi, 2009

f. Model Rasional

Model ini mempunyai prinsip dasar dengan memperhitungkan pembiayaan dan manfaat bagi warga masyarakat, dengan beberapa tahapan sebagai berikut:

- 1) Mengetahui pilihan dalam keputusan yang diambil,
- 2) Menemukan kebijakan yang mungkin dapat diimplementasikan
- 3) Melalui konsekuensi masing-masing kebijakan
- 4) Menilai perbandingan perhitungan keuntungan dan kerugian yang di peroleh, apabila kebijakan tersebut diimplementasikan
- 5) Memilih implementasi kebijakan yang paling efisien dan ekonomis

g. Model Inkremental

Model ini merupakan model yang berusaha untuk merevisi formulasi model kebijakan rasional, yang mengalami berbagai kesulitan dan implementasinya,. Dengan model ini berupaya untuk memodifikasi kebijakan yang tengah berlangsung atau kebijakan yang telah lalu. Model incremental banyak di gunakan di negara-negara sedang berkembang, karena negara yang sedang berkembang mengalami berbagai problem dan keterbatasan waktu untuk menyelesaikan permasalahan. Permasalahan yang terus berkembang.

h. Model Pilihan Publik

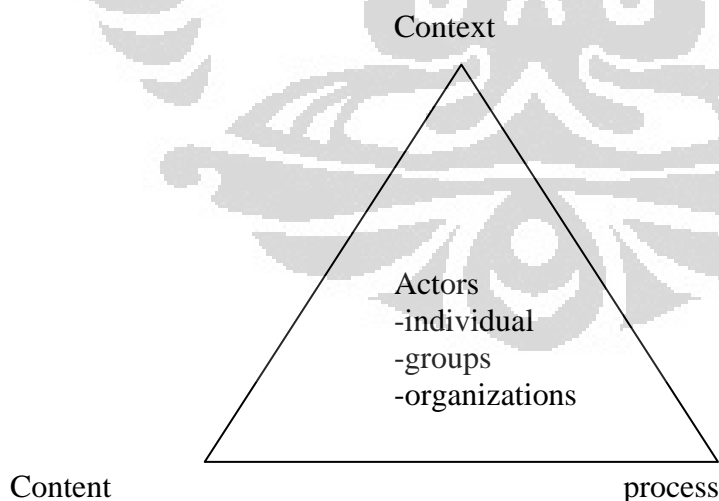
Model ini menggambarkan bahwa kebijakan yang diformulasikan oleh pemerintah harus berbasis pilihan publik (*public choises*) karena dalam konteks negara demokrasi yang mengedepankan adalah *one man one vote*, siapa yang menghimpun suara yang banyak dialah yang akan memegang kekuasaan atau keputusan. Kebijakan publik yang mayoritas merupakan rancang bangun teori kontak sosial, sehingga kebaikan akan diputuskan sangat tergantung pada preferensi publik atas pilihan-pilihan yang ada. Ketika ada pilihan dan berbagai pilihan yang ditawarkan oleh pemerintah oleh mayoritas warga negara/ publik, maka dengan serta merta pilihan publik itulah yang akan menjadi kebijakan.

i. Model teori permainan (*game teory*)

Model ini menggunakan prinsip bahwa kebijakan publik berada dalam sebuah kompetensi yang sempurna, sehingga pengaturan strategi agar kebijakan yang ditawarkan pada pengambilan keputusan lain dapat diterima oleh penentanginya. Dalam perspektif teori permainan serasional apa pun kebijakan yang diajukan belum tentu tepat dalam mengukur strategi, maka kemungkinan kebijakan publik yang baik dan rasional bisa saja tidak banyak di dukung oleh pengambil keputusan atau sebaliknya.

Pendekatan formulasi kebijakan dalam konteks pembuatan kebijakan kesehatan mengenal *The health policy triangle* yaitu merupakan kerangka kebijakan kesehatan yang memberikan kejelasan pentingnya melihat konten kebijakan, proses pembuatan kebijakan dan bagaimana kekuatan yang digunakan di dalam kebijakan kesehatan. hal ini menggali lebih dalam peran negara, seluruh negara, internasional dan kelompok kelompok masyarakat untuk memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan (Kent Buse, 2005).

Demikian juga memahami proses proses dan konteks dimana adanya perbedaan aktor dan proses interaksi. Kerangka kebijakan difokuskan pada konten, konteks, proses dan aktor membantu secara sistematis beberapa kesalahan penempatan politik dalam kebijakan kesehatan dan dapat diaplikasikan pada negara negara dengan penghasil tinggi, menengah maupun rendah.



Policy analysis triangle
Source : walt and Gilson

2.1.4. Tahap-tahap dalam formulasi kebijakan

Dalam formulasi kebijakan terdiri atas beberapa tahapan yaitu: (Nawawi, 2009)

1. Formulasi Masalah (Defining Problem)

Mengenali dan merumuskan masalah merupakan langkah yang paling dasar dalam formulasi kebijakan. Untuk dapat merumuskan kebijakan dengan baik, maka masalah-masalah publik harus dikenali dan didefinisikan dengan baik pula. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk memecahkan masalah yang ada dalam masyarakat. Namun pemecahan masalah tersebut memuaskan atau tidak tergantung pada ketepatan masalah-masalah publik tersebut dirumuskan.

2. Agenda Kebijakan

Tidak semua masalah dapat dimasukkan ke dalam agenda kebijakan. Suatu masalah dapat menjadi agenda kebijakan setelah memenuhi syarat-syarat tertentu seperti misalnya apakah masalah tersebut mempunyai dampak yang besar bagi masyarakat dan membutuhkan penanganan yang harus segera dilakukan. Masalah-masalah tersebut akan dibahas oleh para perumus kebijakan. Masalah-masalah tersebut dibahas berdasarkan tingkat urgensi untuk segera diselesaikan.

Jones (1991) dalam Nawawi (2009) menyebutkan bahwa agenda adalah bagaimana memproyeksi permasalahan yang harus diselesaikan untuk menjawab kepentingan masyarakat. Agenda Kebijakan merupakan wujud keseriusan para *decision maker* kebijakan guna menyelesaikan permasalahan yang sedang dialami atau dirasakan.

Permasalahan yang ada di masyarakat sangat bervariasi, saling berkaitan dan kompleks. Menurut Lester dan Stewart (2000) Masalah dalam masyarakat disebut juga sebagai isu atau masalah kebijakan, yaitu kondisi yang menimbulkan ketidakpuasan masyarakat sehingga perlu dicarikan masalahnya. Namun dalam kenyatannya tidak semua masalah menjadi perhatian pemerintah untuk diselesaikan melalui kebijakan publik. (Kusumanegara, 2010)

Ada beberapa kondisi permasalahan yang dapat dijadikan sebagai kriteria untuk menilai layak tidaknya diformulasikan dalam kebijakan. Kriteria dimaksud adalah apakah masalah yang terjadi sudah dalam proporsi krisis sehingga tidak bisa diabaikan lagi? Apakah berkaitan dengan masalah yang lebih besar? Apakah menarik perhatian media massa? Apakah mempunyai dampak yang luas? Apakah terkait dengan kekuasaan dan legitimasi pemerintah? Atau hanya isu yang disebabkan efek demonstratif saja? (Lester dan Stewart, (2000). Semakin banyak kriteria kondisi dimiliki semakin layak diformulasikan.

Crobb dan Ross (dalam Ripley, 1985) menjelaskan ada tiga tipe agenda setting dalam tahapan kebijakan (Kusumanegara,2010):

1. *Outside Initiative*, diterapkan pada situasi dimana berbagai kelompok yang tengah berkompetisi di luar kekuasaan atau diluar struktur pemerintah melakukan tindakan tindakan seperti ; mengartikulasikan masalah masalah; mencoba memperluas kepentingan kepentingannya kepada kelompok kelompok lain agar menjadi agenda public dengan tujuan; menciptakan tekanan terhadap pembuat keputusan agar kepentingan kepentingan mereka menjadi agenda formal.
2. *Inside access*, menggambarkan pola agenda setting dan formasi kebijakan yang Mencoba menyingkirkan partisipasi individu dan kelompok di luar lingkaran pemerintah. Usulan-usulan kebijakan berasal dari unit unit yang ada dalam struktur pemerintahan dan kelompok kelompok yang dekat dengan kekuasaan.
3. *Mobilization*, proses agenda setting dalam situasi dimana para pemimpin politik mempunyai inisiatif atas kebijakan kebijakan, namun inisiatif ini dapat terlaksana jika ada dukungan dari masyarakat untuk implementasinya.

Tipe agenda setting di atas menggambarkan bahwa pada tahapan agenda setting, semua unsur atau pihak baik pemerintah maupun masyarakat memiliki pengaruh terhadap formulasi kebijakan, hanya tergantung mana yang paling memiliki saluran/akses terhadap proses kebijakan. Setelah dipertanyakan mengapa isu atau masalah kebijakan diagendakan, berikutnya dipertanyakan siapa aktor aktor yang berperan sebagai perancang agenda. Ada beberapa perspektif aktor dalam pembuatan agenda diantaranya adalah perspektif elitis (elit kekuasaan), perpektif pluralis (kelompok kepentingan di masyarakat). Aktor inilah yang merupakan penentu isi kebijakan dan pemberi warna dinamika tahap tahap proses kebijakan.(Kusuma Negara,2010).

3. Pemilihan Alternatif Kebijakan untuk Memecahkan Masalah

Setelah masalah-masalah publik didefinisikan dengan baik dan para perumus kebijakan setuju untuk memasukkan masalah tersebut ke dalam agenda kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah pemecahan masalah. Dalam hal ini para perumus kebijakan akan berhadapan dengan alternatif-alternatif pilihan kebijakan yang dapat diambil untuk memecahkan masalah tersebut.

Pada tahap ini para perumus kebijakan akan dihadapkan pada pertarungan kepentingan berbagai aktor yang terlibat dalam formulasi kebijakan. Dalam hal ini pilihan-pilihan kebijakan akan didasarkan pada kompromi dan negosiasi yang terjadi antara aktor yang berkepentingan dalam pembuatan kebijakan tersebut.

4. Penetapan kebijakan.

Alternatif kebijakan yang diambil pada dasarnya merupakan kompromi dari berbagai kelompok kepentingan yang terlibat dalam pembentukan kebijakan tersebut. Penetapan kebijakan dapat berbentuk berupa undang-undang, yurisprudensi, keputusan presiden, keputusan-keputusan menteri dan lain sebagainya .

2.1.5. Implementasi Kebijakan

Formulasi kebijakan yang merupakan tahapan dalam setiap pembuatan kebijakan mempengaruhi penerapan kebijakan/implementasi kebijakan. Rondenelli dan Cheema (1983) memasukkan faktor formulasi kebijakan sebagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Empat faktor yang dipandang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan desentralisasi dan otonomi bebas, yaitu: *environmental conditions; interorganizational relationship; available resources; and characteristic of implementing agencies.*

1. Faktor *environmental conditions*

Faktor ini mencakup faktor seperti struktur politik nasional, proses formulasi kebijakan, infra struktur politik, dan berbagai organisasi kepentingan, serta tersedianya sarana dan prasarana fisik. Suatu kebijakan ada hakekatnya timbul dari suatu kondisi lingkungan sosial-ekonomi dan politik yang khusus dan kompleks. Hal ini akan mewarnai bukan hanya substansi kebijakan itu sendiri, melainkan juga pula hubungan antar organisasi dan karakteristik badan-badan pelaksana di lapangan, serta potensi sumber daya, baik jumlah maupun macamnya.

Struktur politik nasional, ideologi, dan proses formulasi kebijakan ikut mempengaruhi tingkat dan arah pelaksanaan otonomi daerah. Di samping itu, karakteristik struktur lokal, kelompok-kelompok sosial-budaya yang terlibat dalam formulasi kebijakan, dan kondisi infra-struktur. Juga memainkan peranan penting dalam pelaksanaan otonomi daerah

2. Faktor *inter-organizationships,*

Teori ini memandang bahwa keberhasilan pelaksanaan otonomi daerah memerlukan interaksi dan koordinasi dengan sejumlah organisasi pada setiap tingkatan pemerintahan, kalangan kelompok-kelompok yang berkepentingan

3. Faktor *resources for program implementation*,

Kondisi lingkungan yang kondusif dalam arti dapat memberikan diskresi lebih luas kepada pemerintah daerah, dan hubungan antar organisasi yang efektif sangat diperlukan bagi terlaksananya otonomi daerah. Sampai sejauhmana pemerintah lokal memiliki keleluasaan untuk merencanakan dan menggunakan uang, mengalokasikan anggaran untuk membiayai urusan rumah tangga sendiri, ketetapan waktu dalam mengalokasikan pembiayaan kepada badan/dinas pelaksana, kewenangan untuk memungut sumber-sumber keuangan dan kewenangan untuk membelanjakannya pada tingkat lokal juga mempengaruhi melaksanakan otonomi daerah seefektif mungkin. Kepadanya juga perlu diberikan dukungan, baik dari pimpinan politik nasional, pejabat-pejabat pusat yang ada di daerah, maupun golongan terkemuka di daerah. Di samping itu, diperlukan dukungan administratif dan teknis dari pemerintah pusat. Kelemahan yang selama ini dijumpai di negara-negara sedang berkembang ialah keterbatasan sumber daya dan kewenangan pemerintah daerah untuk memungut sumber-sumber pendapatan yang memadai guna melaksanakan tugas-tugas yang diserahkan oleh pemerintah pusat.

4. Faktor *characteristic of implementing agencies*,

Terutama pada kemampuan para pelaksana di bidang keterampilan teknis, manajerial dan politik, kemampuan untuk merencanakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengintegrasikan setiap keputusan, baik yang berasal dari sub-sub unit organisasi, maupun dukungan yang datang dari lembaga politik nasional dan pejabat pemerintah pusat lainnya. Hakikat dan kualitas komunikasi internal, hubungan antara dinas pelaksana dengan masyarakat, dan keterkaitan secara efektif dengan swasta dan lembaga swadaya masyarakat memegang peranan penting dalam pelaksanaan otonomi daerah. Hal yang sama pentingnya adalah kepemimpinan yang berkualitas, dan komitmen staf terhadap tujuan kebijakan.

Dalam studi implementasi kebijakan, dijelaskan tentang adanya dua pendekatan guna memahami implementasi kebijakan, yaitu : *top down* dan *bottom up*. Dalam pendekatan *top down*, implementasi kebijakan yang dilakukan tersentralisir dan dimulai dari aktor tingkat pusat dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertitik tolak dari perspektif bahwa keputusan – keputusan politik yang telah ditetapkan oleh pembuatan kebijakan,

harus dilaksanakan oleh administrator – administrator pada level dibawahnya. Sedangkan pendekatan *bottom up*, memandang implementasi kebijakan dirumuskan tidak oleh lembaga yang tersentralisir dari pusat.

Pendekatan ini berpangkal dari keputusan – keputusan yang ditetapkan di level warga atau masyarakat yang merasakan sendiri persoalan dan permasalahan yang mereka alami. Beberapa praktisi yang menganut pendekatan *top down*, adalah :

1) Implementasi Kebijakan Publik Model Danald Van Metter dan Carl Van Horn

Ada enam variable, yang mempengaruhi kinerja kebijakan public tersebut, yaitu :

a. Ukuran dan Tujuan Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya, jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang raelistis dengan sosio-kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan.

b. Sumber daya

Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi, selain itu juga diperlukan sumber daya lain, berupa finansial dan waktu.

c. Karakteristik Agen Pelaksana

Agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan, akan sangat banyak dipengaruhi oleh cirri – cirri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksanaannya.

d. Sikap/Kecenderungan para Pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari (agen) pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan public, karena kebijakkan yang dilaksnakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan.

e. Komunikasi Antarorganisasi dan Aktivitas Pelaksana

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan public.

f. Lingkungan Ekonomi, Sosial dan Politik

Lingkungan social, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menyebabkan terjadinya kegagalan dari kinerja implementasi kebijakan.

2) Implementasi Kebijakan Publik Model Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier

Mengungkapkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh tiga kelompok variable, yaitu :

- a. Mudah atau tidaknya masalah yang digarap, meliputi :
 - Kesukaran – kesukaran teknis
 - Keberagaman perilaku yang diatur
 - Persentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran
 - Tingkat dan ruang lingkup perubahan yang dikehendaki
- b. Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat
 - Kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan – tujuan resmi yang akan dicapai
 - Keterandalan teori kausilitas yang diperlukan
 - Ketetapan alokasi sumber dana
 - Keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga – lembaga atau instansi – instansi pelaksana
 - Aturan – aturan pembuat keputusan dari badan – badan pelaksana
 - Kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang – undang
 - Akses formal pihak – pihak luar
- c. Variabel – variable di luar Undang – Undang yang mempengaruhi implementasi
 - Kondisi social, ekonomi dan teknologi
 - Dukungan publik
 - Sikap dan sumber – sumber yang dimiliki kelompok masyarakat
 - Kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana

3) Implementasi Kebijakan Publik Model George C. Edward III

Model ini dipengaruhi oleh empat variabel yang saling berhubungan, yaitu :

a. Komunikasi

Komunikasi, sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan public dan diperlukan agar para pembuat keputusan dan para implementator akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat. Ada tiga indikator yang dapat dipakai dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi, yaitu :

- Transmisi, bahwa penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula.

- Kejelasan, komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan haruslah jelas dan tidak membingungkan.
- Konsistensi, perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten dan jelas.

b. Sumber daya

Indikator sumber daya terdiri dari beberapa elemen, yaitu :

- Staf, merupakan sumber daya utama dalam implementasi kebijakan.
- Informasi, mempunyai dua bentuk, *pertama* informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan, *kedua* informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan.
- Wewenang, pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan.
- Fasilitas, merupakan faktor penting dalam mendukung implementasi kebijakan.

c. Disposisi

Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksnakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias, hal – hal yang perlu dicermati adalah :

- Pengangkatan birokrat, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang – orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus pada kepentingan warga.
- Insentif, bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatsi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif, dengan cara menambah biaya tertentu yang akan menjadi factor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik.

d. Struktur birokrasi

Ada dua karakteristik yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi ke arah yang lebih baik, yaitu : melakukan *standar Operating Prosedures* (SOPs) dan melaksanakan *Fragmentasi*. SOPs adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai untuk melaksnakan kegiatannya

sesuai dengan standar yang ditetapkan. Sedangkan fragmentasi adalah upaya penyebatan tanggung jawab kegiatan – kegiatan atau aktivitas pegawai diantara beberapa unit kerja.

2.1.7 Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan sebagai bagian dari proses kebijakan publik merupakan salah satu cara untuk menilai apakah kebijakan berjalan dengan baik atau tidak. William M Dunn (2003) dalam Nawawi (2009) menggambarkan evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (appraisal), pemberian angka (rating) dan penilaian (assessment), kata-kata yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilainya. Arti yang lebih spesifik evaluasi merupakan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Evaluasi kebijakan memiliki beberapa kriteria hasil yang tergambar dalam tabel di bawah ini:

TIPE KRITERIA	PERTANYAAN
Efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan tercapai ?
Efisiensi	Seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?
Perataan	Apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok tertentu?
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan preferensi atau nilai-nilai kelompok tertentu?
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?

(sumber: Dunn, 2003 dalam Nawawi (2009))

2.1.8. Konteks Kebijakan

Konteks Kebijakan menurut Buse, et al (2006) merupakan faktor-faktor yang menyeluruh yang memiliki efek kepada kebijakan kesehatan. Seperti Faktor Politik, Ekonomi, Sosial baik yang sifatnya nasional maupun internasional yang sangat berkaitan dengan kebijakan kesehatan yang ada.

Menurut Leitcher (1979) dalam tulisan Buse et al (2006), ada beberapa kategori dalam menentukan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan kesehatan, yaitu:

1. faktor Situasional dimana merupakan suatu keadaan yang dapat mempengaruhi suatu kebijakan atau biasa disebut sebagai “focusing event” misalnya adalah tsunami yang menyebabkan perubahan regulasi pembangunan Rumah sakit.
2. Faktor struktural, faktor ini meliputi bagaimana bentuk politik, ekonomi, demografi dan sosial di masyarakat yang mempengaruhi kebijakan yang akan dibuat. Sistem Pemerintahan juga mempengaruhi misalkan apakah sebuah negara memiliki sistem sentralisasi atau desentralisasi, yang memiliki kebijakan berdasarkan kebutuhan dan kepentingan daerah masing-masing. Kebijakan kesehatan yang diambil berdasarkan pada sistem sentralisasi maupun desentralisasi tergantung pada ideologi dan politik yang sedang berkembang di negara tersebut.
3. Faktor Budaya juga berpengaruh pada kebijakan kesehatan, agama diantaranya: negara dengan berbagai jenis budaya biasanya membuat kebijakan yang lebih umum dengan tidak bertentangan norma budaya dan agama yang ada di negara tersebut. Misalnya undang-undang 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang di dalamnya mengatur tentang pelarangan aborsi yang tidak bertentangan dengan agama yang ada di Indonesia.
4. Faktor International atau faktor luar lainnya: faktor internasional dan faktor luar juga mempengaruhi kebijakan kesehatan. Permasalahan kesehatan yang dialami satu negara, tidak hanya berpengaruh terhadap negara tersebut, melainkan berpengaruh juga terhadap negara lain. Penyelesaiannya membutuhkan kerjasama antar negara, regional atau organisasi multilateral. Misalnya adalah donor-donor internasional seperti global Fund yang memberikan dananya untuk penanggulangan TB, AIDS dan malaria.

Dalam faktor Internasional lainnya seperti adanya kerjasama antar organisasi kesehatan berfokus pada masih kurangnya penanganan tenaga kesehatan. Di Tahun yang sama pula

dikeluarkan draft “code of practice” rekrutmen tenaga kesehatan Internasional. Dokumen ini merekomendasikan berbagai aturan, termasuk pendidikan kesehatan, termasuk pertukaran infrastruktur sumberdaya kesehatan seperti negara-negara yang maju merekrut SDM tenaga kesehatan dari negara berkembang.(Ellen R. Shaffer, 2005).

Faktor-faktor di atas merupakan faktor yang mempengaruhi kebijakan, dari hasil penelitian di daerah terpencil di China, Yunping Wang (2008) menyimpulkan bahwa untuk kebijakan kesehatan di daerah terpencil seharusnya mempertimbangkan konteks ekonomi, sosial budaya dan politik, dan perlu adanya peningkatan peran non pemerintah sehingga masyarakat itu sendiri merasa memerlukan kebijakan tersebut.

Profesor sosiologi, Harry Persltdt, mengemukakan bahwa di Amerika, berdasarkan keyakinan tentang ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan bukanlah karena kita konservatif atau liberal, melainkan karena kita merupakan bagian dari partai politik Republik atau Demokrat. Perlstadt juga menyatakan bahwa pelayanan pemerintah dan tenaga kesehatan dengan faktor sosialnya menciptakan perbedaan pelayanan kesehatan pada masyarakat minoritas dan penghasilan kurang, dimana dalam persepsi masyarakat kurang dikaji khususnya dalam nilai-nilai politik dan ideologi.

Faktor-faktor yang menentukan konteks kebijakan kesehatan di atas tidak sepenuhnya tepat digunakan dalam kebijakan, karena keadaan di setiap negara atau daerah berbeda-beda dan sesuai dengan kebutuhan masing-masing.

Dalam kebijakan regulasi tenaga kesehatan, pertimbangan pembiayaan yang besar menjadi pertimbangan. Pertimbangan biaya mendorong kebijakan untuk menurunkan dominasi rumah sakit dalam pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor sosial juga mendorong pendekatan holistik dalam perencanaan tenaga, perbedaan antara pola karir dan pendidikan yang memiliki lapisan yang terbatas dalam pergerakan dan kesempatan dalam pendidikan (Fealy, 2008).

Di beberapa negara, faktor perlindungan masyarakat merupakan agenda kebijakan pemerintah. Perubahan kebijakan kesehatan terjadi seiring dengan peningkatan perhatian terhadap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang buruk kepada pasien. Perlindungan masyarakat dan keselamatan pasien merupakan bagian dari agenda kebijakan yang terus menjadi perhatian saat ini, keduanya merupakan respon dari beberapa kasus dimana tenaga kesehatan yang membahayakan pasien.(Davies, 2003).

Di lain sisi, kebijakan pemerintah terkait regulasi tenaga kesehatan memiliki dua pilihan yaitu pasar dan regulasi industri dan ikatan antara pelayanan dan sistem pembiayaan. Pilihan antara pelayanan mempengaruhi penyedia pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit-rumah sakit juga dokter yang berfokus pada suplay tenaga kesehatan dalam hal produktivitas, kapasitas dan nilai-nilai di dalamnya. Dalam Pembiayaan berorientasi pada dampak perencanaan kesehatan dan pengguna, yang berfokus pada permintaan khususnya akses pelayanan kesehatan dan isu-isu terkait utilisasi.

Suatu studi menunjukkan bahwa dengan adanya lisensi pada pekerja okupasi atau pelayanan, tenaga profesional yang melalui pelatihan berstandar minimal mampu meningkatkan kualitas penjualan. Dalam arti bila regulasi berjalan efektif, mereka akan melayani masyarakat dengan mencegah tenaga-tenaga yang memiliki ketrampilan yang buruk, tidak kompeten, dan tidak etis dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Dengan demikian masalah kegagalan pasar secara ekonomi, khususnya asimetri informasi pada konsumen terkait pelayanan kesehatan tenaga kesehatan dapat diperbaiki dengan adanya regulasi tenaga kesehatan yang efektif (Deborah Haas, Wilson)

Tujuan dari regulasi tenaga kesehatan adalah membuat suatu standar yang bertujuan melindungi konsumen dari pelayanan yang tidak kompeten, dengan juga melindungi hak prerogatif ekonomi tenaga kesehatan. (Finochio L, et all,1999).

Asumsi teori-teori tentang negara melindungi kepentingan ekonomi dalam bentuk lisensi bukanlah semata keputusan-keputusan disipliner. Justru kepentingan ekonomi dari profesional merupakan dorongan yang kuat bagi profesi untuk mendapatkan lisensi. Bila tujuan telah tercapai, pertimbangan ekonomi kurang berperan dalam meningkatkan status dan regulasi pemerintah dalam mengatur profesi. (Strong Denise,2005)

Sheila Kennelly McGinnis (2002) dalam studinya menggambarkan bahwa adopsi kebijakan tergantung pada faktor multipel ekonomi dan interest group. Hal ini berarti bahwa konteks kebijakan akan dijalankan dengan baik pada satu negara ke negara lain dengan kesamaan ekonomi dan tekanan-tekanan interest group.

2.1.9 Aktor Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Aktor yang berperan dalam pembuatan kebijakan merupakan seseorang, organisasi, ataupun negara/pemerintahan yang mempengaruhi proses kebijakan tingkat pada lokal, nasional,

regional maupun internasional. Mereka dapat merupakan bagian dari jaringan pengambilan keputusan kebijakan pada setiap tingkatan.

Aktor pembuat kebijakan dapat meliputi Pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial dan lainnya), Organisasi non pemerintah Internasional, Organisasi Non Pemerintah skala Nasional (Organisasi Profesi Kesehatan), Kelompok interest, Organisasi Internasional (WHO, UNAIDS, the world bank), Organisasi bilateral (AUSAID, USAID) dan Organisasi bantuan keuangan (the Global Fund), dan Perusahaan Swasta (Merck, Rumah Sakit Swasta).

Aktor dalam kebijakan memiliki pengaruh yang berbeda-beda tergantung pada kekuatan/*power* yang dimiliki. *Power* dapat diartikan bagaimana seseorang memiliki kekuatan baik secara fisik, moral dan materil mempengaruhi kebijakan yang akan diambil. *Power* berupa kesejahteraan individual, personalitas, tingkatan kemudahan menjangkau informasi, otoritas atau kewenangan yang biasanya terikat pada struktur dan organisasi dimana individu bekerja dan tinggal.

Melihat seberapa besar pengaruh aktor dalam proses kebijakan, kita perlu memahami konsep 'power' dan bagaimana pengimplementasiannya. Power dikenal sebagai kunci yang mempengaruhi pengembangan dan implementasi kebijakan kesehatan. Pemahaman dengan jelas dan komprehensif tentang Power sangat dibutuhkan untuk membangun dan mendapatkan gambaran bentuk, penerapan dan efek Power dalam implementasi kebijakan kesehatan. Seperti pemahaman sebagai dasar untuk lebih kritis dalam berfikir tentang perubahan kebijakan dan konsekuensinya misalkan sistem manajemen kesehatan dilihat dari berbagai sisi.

Hill and Hupe (2002), mendefinisikan power adalah kemampuan aktor dalam mempengaruhi aktor lain untuk mendukung dan mengarahkan ke pemikirannya. Aktor memiliki power karena profesional dan keahlian yang dapat dipercaya, dan jaringan dengan orang-orang yang terpercaya dimana hasil pengimplementasian kebijakan merupakan hasil keterpaduan keduanya. Pendekatan yang berbeda tentang bagaimana memahami 'power' dipresentasikan sebagai siapa yang memahami kebijakan sebagai siapa yang berperan atau berkontribusi besar. Pemahaman ini mengarahkan kita bahwa bahasa kebijakan dan orang-orang yang memiliki peran dalam kebijakan memberikan bahasa mereka dan dituangkan dalam bentuk kebijakan dan mempengaruhi orang-orang yang memiliki respon terhadap kebijakan tersebut. Bahasa kebijakan dibangun bukan hanya oleh politikus, pemerintah tetapi juga pengguna kebijakan, manajer,

profesional, dan staf pelayanan publik yang menginterpretasikan mereka adalah klien dalam komunitas lebih luas. Dari hal tersebut semuanya, power dimiliki oleh semua lapisan. Mereka menggunakan power pada bidang ketertarikan tertentu, dan merupakan bentuk reaksi perubahan dari lingkungan atau karena adanya kontrol dari aktor pusat, atau mengadopsi kebijakan karena kebutuhan daerahnya.

Peran Pemerintah dalam memfasilitasi partisipasi kepada masyarakat dalam komunitas kesehatan memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk menjadi bagian dalam mengonsep, perencanaan, implementasi dan evaluasi program-program kesehatan komunitas (Aston et. al.2009; World Health Organization (WHO), 2003). Partisipasi pemerintah dapat dijadikan trigger pada pengembangan kebijakan dan perubahan sistem (Rose, Gomez, & Valencia-Garcia (2003). Sharon W Crowe (1994) dalam studinya menjelaskan bahwa dalam proses kebijakan selain pengumpulan data opini publik, peran media dalam prioritas isu-isu kebijakan amatlah penting.

Kesuksesan terpenting dalam beberapa agenda politik dan prioritas proses seting kebijakan adalah aktor-aktor yang berperan di dalamnya yang memiliki ‘power’ yang kuat, menginspirasi dan kemampuan yang baik. Aktor-aktor tersebut juga harus mampu membuktikan alasan keilmuan yang menunjang kebijakan tersebut atau “scientific evidence”. Selain itu, aktor-aktor dalam kebijakan juga harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik, jujur dan memiliki kepribadian yang baik. (Schmidt, Melanie,2010).

Yang menarik adalah bukan hanya kekuatan aktor-aktor kebijakan yang mampu membuat isu prioritas dalam membuat kebijakan, melainkan bagaimana aktor menggunakan isu kebijakan untuk menguatkan posisi mereka (Schmidt, Melanie,2010). Kebijakan regulasi tenaga kesehatan, dapat mungkin terjadi beberapa aktor yang berperan di dalamnya merupakan bagian dari posisi peran yang sedang dipertahankan atau ditingkatkan.

Dalam kebijakan sendiri dalam mengkaji pola karakteristik bangsa dalam kebijakan, menggambarkan bagaimana intersest grup, norma-norma profesionalisme dan kondisi ekonomi amatlah mempengaruhi sebuah kebijakan. (Sheila Kennelly McGinnis, 2002). Menurut Ackers (1968) yang dikutip oleh Strong, Denise (2005) menyebutkan bahwa selain pemerintah, aktor yang berperan dalam kebijakan regulasi tentang profesi atau tenaga kesehatan adalah organisasi profesi, dimana organisasi profesi memiliki peran dominan dalam pengembangan regulasi maupun legislasi profesinya. Efektifitas peran professional dalam regulasi tenaga kesehatan.

Apakah semata hanya kebutuhan nilai-nilai profesi atau memang untuk kepentingan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Regulasi tenaga kesehatan menempatkan profesi tenaga kesehatan dan pemerintah sebagai yang bertanggung jawab dalam menjembatani kepentingan masyarakat atau “public interest”. (Hogan, 1983; Lewis & Lewis, 1970). Nilai-nilai keprofesian dan tanggung jawabnya telah menjadi subyek diskusi dalam administrasi Publik. (Mosher, 1982). Peran nilai-nilai profesional bermain dalam diskresi administrasi, dan Badan regulasi tenaga kesehatan merupakan cerminan dari administrasi besar yang merefleksikan interaksi kepentingan nilai-nilai profesi dan kepentingan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan.

Secara teori menunjukkan bahwa regulasi tenaga kesehatan merupakan inisiatif dari profesi dan dijalankan oleh profesi. Namun hal ini memungkinkan adanya kondisi monopoli. Misalnya adalah Badan regulasi akan cenderung melindungi tenaga kesehatan sesuai dengan profesinya atau dapat dikatakan bahwa memungkinkan terjadinya tendensi perlindungan *interests of professionals*.

Aktor-aktor atau pemeran dalam proses formulasi kebijakan merupakan bagian penting yang terintegrasi dalam sistem. Banyak hal yang akan mempengaruhi para aktor ini untuk memutuskan arah kebijakan yang ada. Tekanan-tekanan sosial dan politik, kondisi-kondisi ekonomi, persyaratan-persyaratan prosedural, komitmen-komitmen sebelumnya, waktu yang terbatas merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi pembuat keputusan. Ketika seseorang memiliki kekuasaan karena posisinya di dalam sistem penetapan kebijakan dan berada pada situasi yang memungkinkannya menggunakan kekuasaan tersebut untuk mempengaruhi kebijakan, maka kepribadian orang tersebut akan berpengaruh pada produk kebijakan yang dikeluarkan. (Dumilah Ayuningtyas, 2009)

Anderson, 1969 dalam Dumilah Ayuningtyas (2009) melihat nilai-nilai yang mengarahkan perilaku pembuat keputusan dalam empat kategori, yaitu:

a) Nilai – nilai politik

Pembuat keputusan (*decision maker*) mungkin menilai alternatif-alternatif kebijakan berdasarkan pada kepentingan partai politiknya beserta kelompoknya. Keputusan yang dibuat didasarkan pada keuntungan politik dengan dipandang sebagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan partai dan tujuan-tujuan kelompok kepentingan. Para ilmuwan politik sering menggunakan perspektif ini dalam mempelajari dan menilai pembentukan kebijakan.

b) Nilai-nilai organisasi

Para pembuat keputusan, khususnya para birokrat mungkin dipengaruhi pula oleh nilai-nilai organisasi. Organisasi-organisasi seperti badan-badan administratif menggunakan banyak imbalan (reward) dan sanksi dalam usahanya untuk mempengaruhi anggota-anggotanya menerima dan bertindak atas dasar nilai-nilai organisasi yang telah ditentukan. Seberapa jauh hal ini terjadi, keputusan-keputusan individu mungkin diarahkan oleh pertimbangan-pertimbangan semacam keinginan-keinginan untuk melihat organisasi bisa hidup terus, untuk mempertahankan kekuasaan dan hak-hak istimewanya.

c) Nilai-nilai pribadi

usaha untuk melindungi dan mengembangkan kepentingan ekonomi, reputasi atau kedudukan sejarah seseorang mungkin pula kriteria keputusan. Seorang pengambil kebijakan atau politisi yang menerima suap untuk membuat keputusan tertentu, seperti pemberian lisensi atau kontrak menjadi contoh nyata bagaimana nilai-nilai pribadi mempengaruhi proses pembuatan keputusan

d) Nilai-nilai kebijakan

Para pembuat keputusan politik tidak hanya dipengaruhi oleh perhitungan-perhitungan keuntungan, organisasi-organisasi atau pribadi, namun para pembuat keputusan mungkin bertindak dengan baik atas dasar persepsi mereka tentang kepentingan masyarakat atau kepercayaan-kepercayaan mengenai apa yang merupakan kebijakan publik secara moral benar atau pantas. Seorang anggota legislatif memberikan dukungan pada undang-undang hak sipil karena ia berpendapat bahwa tindakannya secara moral benar meskipun akan berhadapan dengan risiko politik.

2.2. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1992 didefinisikan yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Jenis tenaga kesehatan terdiri atas :

1. Tenaga medis yang meliputi tenaga dokter dan dokter gigi
2. Tenaga Keperawatan yang meliputi perawat dan bidan
3. Tenaga Kefarmasian yang meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker

4. Tenaga Kesehatan Masyarakat yang meliputi epidemiologi kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian
5. Tenaga gizi yang meliputi nutrisisionis dan dietisien
6. Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara
7. Tenaga keteknisian medis yang meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisis elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis.

Persyaratan tenaga kesehatan menurut PP nomor 32 Tahun 1992 adalah:

1. Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan
2. Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari Menteri.
3. Dikecualikan dari pemilikan izin tersebut bagi tenaga kesehatan masyarakat. Perizinan tenaga kesehatan diatur kembali oleh Menteri.
4. Selain Izin sebagaimana dimaksud tenaga medis dan tenaga kefarmasian lulusan dari lembaga pendidikan di luar negeri hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah yang bersangkutan melakukan adaptasi. Ketentuan lebih lanjut mengenai adaptasi diatur oleh Menteri.

Pemerintah dalam rangka penempatan terhadap jenis tenaga kesehatan tertentu menetapkan kebijaksanaan melalui pelaksanaan masa bakti terutama bagi tenaga kesehatan yang sangat potensial di dalam kebutuhan pelayanan kesehatan. Berikut merupakan gambaran sebaran sumber daya kesehatan yang ada di Indonesia.

Gambar.2.3. Peta Sumber Daya Jumlah Tenaga Kesehatan di Indonesia

PETA SUMBERDAYA JUMLAH TENAGA KESEHATAN DI INDONESIA

Level Provinsi, Update Per Tanggal : 11 Februari 2011

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2010

Dalam Sistem Kesehatan Nasional Sub sistem SDM Kesehatan memiliki tujuan tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Unsur- Unsur Sub sistem SDM Kesehatan diantaranya:

- Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Sumber Daya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
- Penyelenggaraan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Adapun penyelenggaraan SDM Kesehatan meliputi:

- a. Perencanaan SDM Kesehatan
- b. Pengadaan SDM Kesehatan
- c. Pendayagunaan SDM Kesehatan
- d. Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan Tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2.3.Pengaturan Tenaga Kesehatan

Wajib Kerja Sarjana merupakan program pemerintah yang tertulis dalam undang-undang no 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana yang menyebutkan bahwa ilmu dan keahlian Azasnya untuk mengabdikan kepada tanah air, karenanya perlu dikembangkan dan dilaksanakan. Program ini berupa pengaturan penempatan dan penggunaan tenaga sarjana agar lebih teratur dan merata. Undang-undang tentang wajib kerja sarjana menyebutkan bahwa setiap warga negara, baik pria maupun wanita,

1. yang memperoleh ijazah ujian penghabisan pada perguruan tinggi Negara;
2. yang memperoleh ijazah ujian penghabisan pada Perguruan Tinggi Swasta, yang ditunjuk oleh menteri yang diserahi urusan Perguruan Tinggi.
3. Yang memperoleh ijazah ujian penghabisan pada Perguruan Tinggi di luar negeri, yang ditunjuk oleh menteri yang diserahi urusan Perguruan Tinggi.

Semuanya ini disebut sarjana, wajib bekerja pada Pemerintah atau pada perusahaan-perusahaan yang ditunjuk oleh pemerintah sekurang-kurangnya selama tiga tahun berturut-turut. Akademi dikecualikan dari istilah Perguruan tinggi. Bagi pendidikan tinggi Kedokteran, Kedokteran Gigi, Kedokteran hewan, Apoteker dan Akuntan ijazah ujian penghabisan adalah ijazah setelah lulus menempuh berturut-turut ujian-ujian dokter, dokter gigi, dokter hewan, apoteker dan akuntan.

Pemerintah dalam program wajib sarjana membentuk Dewan Penempatan Sarjana berada di bawah dan diketuai oleh Menteri Perburuahan (Menteri Tenaga Kerja saat ini). Dewan ini beranggotakan perwakilan dari beberapa kementerian diantaranya: Pendidikan, Pengetahuan dan Kebudayaan, Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan, Keamanan Nasional, Pembangunan, Produksi, distribusi, Kesehatan dan Agama.

Pimpinan perguruan tinggi maupun sekolah tinggi baik negeri maupun swasta yang ditetapkan oleh menteri wajib memberitahukan kepada Departemen yang menangani urusan perguruan tinggi tentang lulusnya seorang mahasiswa dalam waktu sebulan setelah memperoleh ijazah kelulusan.

Pengaturan tenaga kesehatan selanjutnya diatur dalam UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan mengatur tentang

perizinan bagi dokter, dokter gigi dan apoteker yang harus memiliki izin oleh Menteri Kesehatan. Izin yang diberikan berdasarkan tempat, jangka waktu dan persyaratan lain.

Pengaturan lain tentang tenaga kesehatan diatur dalam PP nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang lebih berfokus pada upaya Pemerintah dalam memberikan akses atau pemerataan pelayanan kesehatan. Upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang berkaitan dengan pendidikan dan perizinan untuk melakukan pelayanan kesehatan hanya diatur tidak secara tegas melalui bab persyaratan yang menyatakan tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikannya. Selanjutnya dinyatakan bahwa tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah memiliki izin dari Menteri Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 23 ayat (3) menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah, ayat (5) menyatakan ketentuan mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam peraturan Menteri. Perizinan tentang tenaga kesehatan diluar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 161 Tahun 2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan dan mengalami perubahan menjadi Peraturan Menteri Kesehatan NOMOR 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan yang akan dikaji lebih lanjut dalam penelitian ini.

Registrasi tenaga kesehatan diluar dokter, doktergigi dan tenaga kefarmasian yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan NOMOR 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan melalui proses uji kompetensi, sertifikasi dan registrasi.

2.4. Sistem legislasi Tenaga Kesehatan

Pemerintah telah berupaya dalam peningkatan pelayanan kesehatan dengan meningkatkan jumlah, pemerataan dan mutu tenaga kesehatan. Upaya-upaya tersebut dalam perwujudan derajat kesehatan yang optimal.

Pelayanan kesehatan yang optimal didukung oleh pemenuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang berkualitas. Tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan perlu diatur dalam perundang-undangan dalam hal kewenangan dan perizinannya. Pengaturan yang melalui sebuah perundang-undangan dikenal dengan legislasi.

Legislasi Dalam kamus Bahasa Indonesia diartikan sebagai proses pembuatan hukum. Menurut Departemen Kesehatan, legislasi didefinisikan sebagai proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan yang terdiri dari sertifikasi (pengakuan kompetensi), registrasi (pengakuan kewenangan) dan lisensi (pemberian ijin) penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dari kedua definisi tersebut dapat disampaikan bahwa legislasi intinya adalah proses pengaturan secara hukum bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. (Nurhayati, 2007)

Adapun tujuan legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Bentuk perlindungan tersebut melalui :

- mempertahankan kualitas pelayanan
- memberikan kewenangan
- menjamin adanya perlindungan hukum
- meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan

Sistem Legislasi tenaga kesehatan sertifikasi, registrasi dan lisensi akan disampaikan lebih rinci sebagai berikut :

2.4.1. Sertifikasi Tenaga Kesehatan

Sertifikasi sebagai suatu proses pemberian sertifikat kompetensi kepada tenaga kesehatan dilakukan secara sistematis dan obyektif melalui ujkompetensi berdasarkan standar profesi/ kompetensi tenaga kesehatan. sertifikasi kompetensi sebagai tanda pengakuan terhadap kompetensi tenaga kesehatan untuk dapat menjalankan praktik dan/ atau pekerjaan profesinya, berlaku secara nasional selama jangka waktu 5 tahun di seluruh indonesia.

Dengan berpedoman Permenkes no 1796 tahun 2011, sertifikasi tenaga kesehatan dikategorikan sebagai sertifikasi bagi peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya yang di usulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan dan sertifikasi bagi tenaga kesehatan yang telah pernah memiliki sertifikasi kompetensi dalam rangka memperpanjang masa berlakunya sertifikasi kompetensi. Sertifikasi bagi peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya yang diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan.

Jenis tenaga kesehatan yang dilakukan sertifikasi :

- 1) Semua tenaga kesehatan(kecuali dokter,dokter gigi, dan tenaga kefarmasian) yang sertifikasinya telah/akanberakhir wajib mengikuti sertifikasi untuk memperoleh sertifikasi kompetensi sebagai dasar untuk memperoleh STR.
- 2) Tenaga kesehatan sebagai dimaksud pada butir 1 adalah Perawat ,Bidan Fisioterafi, Perawat Gigi, Refraksionis Optisien, Terapis wicara, Radiografi, Okupasi Terapis,Ahli gizi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Teknisi Gigi, Sanitarian, Teknis Elektromedis, Analis kesehatan, Perawat Anastesi, Akupuntur Terapis, Fisikawan Medis dan Ortotis Prostetik serta Teknisi Transfusi Darah yang menjalankan praktik/ kerja profesinya.
- 3) Tenaga kesehatan sebagaimana termasuk pada butir 1,2 diatas dapat ‘memperpanjang’ sertifikasi kompetensi dengan uji kompetensi porto polio melalui partisipasi kegiatan pendidikan dan / atau pelatihan serta kegiatan ilmiah lainnya sesuai persyaratan perolehan Satuan Kredit Profesi (SKP) yang di tetapkan oleh OP yang bersangkutan. Jumlah SKP sekurang-kurangnya 25.

Peserta didik pad perguruan tinggi bidang kesehatan mengikuti sertifikasi melalui sistem paket uji kompetensi.

2.4.2 Uji Kompetensi Tenaga Kesehatan

Kompetensi adalah spesifikasi kemampuan dari pengetahuan, keterampilan dan/atau keahlian dan sikap, serta penerapannya dalam pekerjaan profesinya sesuai dengan standar yang dipersyaratkan.Sedangkan uji kompetensi adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi. Uji kompetensi bertujuan memberikan informasitentang kompetensi yang meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan kepada pemegang kewenangan dalam memberikan sertifikat kompetensi sebagai persyaratan registrasi dan lisensi/perijinan.

Uji kompetensi tenaga kesehatan diluar tenaga medis dan tenaga kefarmasian dilaksanakan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan/ Permenkes nomor :1976/Menkes/Per/VIII/2011 dan peraturan lain yang terkait. Dalam Permenkes ini mengatur bagaimana seorang tenaga kesehatan dapat memperoleh Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai syarat baginya untuk mendapatkan izin dari Pemerintah setempat. STR diberikan kepada tenaga kesehatan setelah tenaga kesehatan tersebut melakukan uji kompetensi, sertifikasi dan registrasi

yang dilaksanakan pada akhir program pendidikan (exit exam khusus bagi peserta didik perguruan tinggi bidang kesehatan). Peserta didik yang dinyatakan lulus ujian akhir program dan kompeten (lulus uji kompetensi) diberikan ijazah oleh perguruan tinggi serta diberikan sertifikat kompetensidan STR oleh MTKI/MTKP sekaligus pada saat wisuda.

Persyaratan peserta Uji Kompetensi

1. Peserta Uji kompetensi adalah peserta didik di perguruan tinggi bidang kesehatan yang mengikuti ujian akhir program ataupeserta lain yang diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan.
2. Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing dapat menjadi peserta uji setelah mendapat rekomendasi dari Organosasi Profesi (OP) dan memenuhi syarat atau ketentuan lain yang ditetapkan oleh badanyang berwenang dan diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan.
3. Tenaga kesehatan Warga Negara Indonesia (WNI) lulusan perguruan tinggi luar negeri dapat menjadi peserta uji setelah mendapat rekomendasi OP, dan memenuhi syarat/ketentuan lain yang ditetapkan oleh badan yang berwenang dan diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan

Tempat Uji Kompetensi memiliki beberapa kriteria yaitu:

1. Tempat Uji Kompetensi (TUK) berada diperguruan tinggi bidang kesehatan yang terakreditasi.
2. Penetapan TUK oleh MTKI berdasarkan usulan MTKP harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a) Tersedia ruang yang layak/nyaman dan mampu menampung peserta uji sekurang-kurangnya untuk 20 orang
 - b) Tersedia meja kursiyang layak/nyaman dan cukup jumlahnya
 - c) Tersediarsana dan prasarana belajar mengajar lainnya yang cukup untuk peserta uji dan pengawas
3. Perguruan tinggi yang belum terakreditasi dapat memilih dua alternatif pilihan sebagai berikut:

- a) Mengikutsertakan peserta didiknya ke perguruan tinggi yang terakreditasi untuk mengikuti uji kompetensi; dan atau
- b) Berkolaborasi dengan MTKP untuk melakukan uji kompetensi di TUK yang dikelola MTKP

Metoda Uji kompetensi tenaga kesehatan akan menggunakan metoda MCQ dengan mengukur secara kualitatif pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*) dan perilaku (*attitude*) tenaga kesehatan.

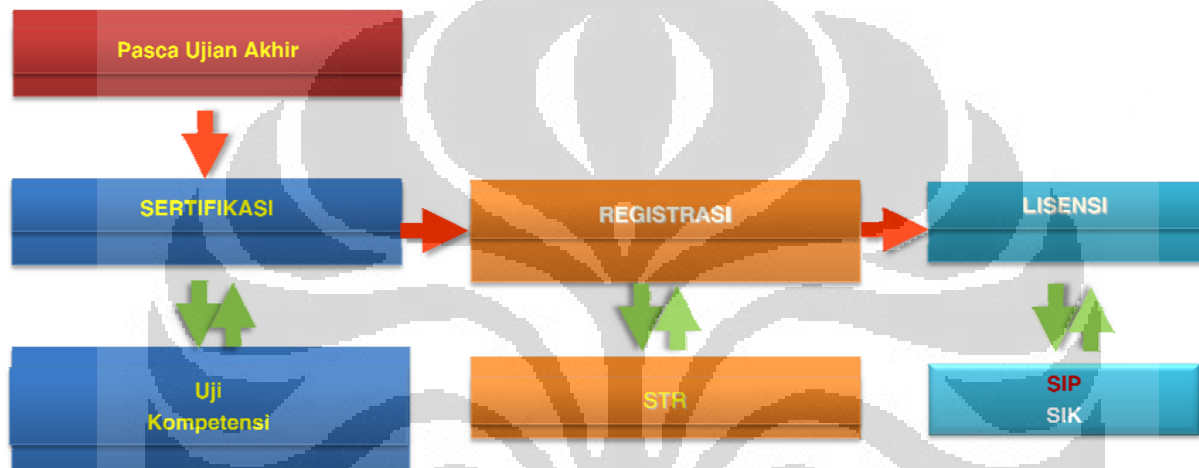
2.4.3 Registrasi Tenaga Kesehatan

Di Indonesia registrasi diartikan sebagai pencatatan resmi terhadap tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah memiliki kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan profesinya. Tenaga Kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi dapat memperoleh Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada tenaga kesehatan. Registrasi tenaga kesehatan ini dikategorikan sebagai registrasi bagi peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya yang diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan dan registrasi tenaga kesehatan yang telah memiliki STR dalam rangka memperpanjang masa berlakunya STR.

Jenis Tenaga Kesehatan yang melakukan registrasi

- 1) Semua tenaga kesehatan (kecuali dokter, dokter gigi, dan tenaga kefarmasian) yang sertifikasinya telah/akan berakhir wajib mengikuti sertifikasi untuk memperoleh sertifikasi kompetensi sebagai dasar untuk memperoleh STR.
- 2) Tenaga kesehatan sebagai dimaksud pada butir 1 adalah Perawat, Bidan Fisioterapi, Perawat Gigi, Refraksionis Optisien, Terapis wicara, Radiografi, Okupasi Terapis, Ahli gizi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Teknisi Gigi, Sanitarian, Teknis Elektromedis, Analis kesehatan, Perawat Anestesi, Akupuntur Terapis, Fisikawan Medis dan Ortotis Prostetik serta Teknisi Transfusi Darah yang menjalankan praktik/ kerja profesinya.
- 3) Peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan dan/atau tenaga kesehatan lain yang diusulkan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan mengikuti registrasi melalui sistem paket uji kompetensi.

Gambar 2.4. Alur Registrasi Tenaga Kesehatan melalui Uji Kompetensi



Tenaga kesehatan yang STR-nya telah habis masa berlakunya dapat mengajukan perpanjangan STR yang merupakan suatu rangkaian proses (paket permohonan perpanjangan/pembaharuan sertifikat kompetensi. Setiap permohonan perpanjangan kompetensi ditindaklanjuti dengan perpanjangan STR kecuali diminta lain.

Sertifikat kompetensi diperoleh setelah lulus uji kompetensi yang ditandatangani oleh Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi atas nama Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). Surat Tanda Registrasi ditandatangani oleh MTKI.

Registrasi tenaga kesehatan juga merupakan kebijakan publik terkait pengaturan tenaga kesehatan di negaranya masing-masing dengan sistem yang berbeda-beda. Keith Hurst (2003) menegaskan bahwa registrasi merupakan bentuk kendali personal secara profesi, dimana menunjukkan bahwa kaum professional memiliki komitmen dalam pendidikan berkelanjutan bagi profesionalisme profesi yang merupakan hal penting dalam proses keseluruhan (Health Service Journal, 200b,p.4). Menurut Cangan, Cate, (2008) sistem registrasi nasional bertujuan

untuk meningkatkan perlindungan pasien dengan memberikan kepastian bahwa tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan benar-benar terlatih dan kompeten. Selain itu untuk memberikan kesempatan pada tenaga kesehatan untuk lebih kreatif dan memberikan jaminan kualitas pendidikan dan pelatihan berkelanjutan yang dapat menghasilkan tenaga kesehatan yang responsive.

Lain hal Keith Hurst (2003) menegaskan bahwa registrasi merupakan bentuk kendali personal secara profesi, dimana menunjukkan bahwa kaum professional memiliki komitmen dalam pendidikan berkelanjutan bagi profesionalisme profesi yang merupakan hal penting dalam proses keseluruhan(Health Service Journal, 200b,p.4). Menurut Cangan, Cate, (2008) sistem registrasi nasional bertujuan untuk meningkatkan perlindungan pasien dengan memberikan kepastian bahwa tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan benar-benar terlatih dan kompeten. Selain itu untuk memberikan kesempatan pada tenaga kesehatan untuk lebih kreatif dan memberikan jaminan kualitas pendidikan dan pelatihan berkelanjutan yang dapat menghasilkan tenaga kesehatan yang responsif.

Registrasi atau proses lisensi ditetapkan oleh kesepakatan pada kompetensi dalam praktek oleh tenaga kesehatan apakah ia kompeten atau tidak. Regulasi pemerintah dimana fokus pada kriteria tenaga kesehatan yang layak untuk dipekerjakan dan sangat layak untuk praktek di lapangan hal ini bukan hanya sebagai perlindungan terhadap masyarakat tetapi juga bagian dari perlindungan tenaga kesehatan yang teregister yang membawa nama baik profesinya. (Fealy, et al, 2009)

Adanya anggapan bahwa preregistrasi tenaga kesehatan yang dilakukan saat pendidikan tenaga kesehatan lebih efisien dan efektif dengan memberikan lulusan tenaga yang benar-benar berkualitas (Lucy Gibson, et al, 2008). Beberapa pendapat mengungkapkan bahwa dengan meningkatkan kualitas pendidikan tenaga kesehatan lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan melalui proses registrasi (Carigan Cate, 2008).

Secara teori terlihat bahwa regulasi tenaga kesehatan seharusnya merupakan inisiatif dari profesi dan dijalankan oleh profesi. Namun hal ini memungkinkan adanya kondisi monopoli. Misalnya adalah Badan regulasi akan cenderung melindungi tenaga kesehatan sesuai dengan profesinya atau dapat dikatakan bahwa memungkinkan terjadinya tendensi perlindungan “interests of professionals”.

Beberapa bentuk registrasi tenaga kesehatan menurut Fealy et al , 2009 yaitu:

1) Inggris

Di Inggris, program preregistrasi diberlakukan bagi mahasiswa kesehatan, program ini menjadi acuan bagi mahasiswa untuk mengambil spesialis tertentu sesuai kemampuannya misalkan pada mahasiswa keperawatan dan Kebidanan. Badan registrasi dibentuk untuk menilai kemampuan penting yang harus dimiliki oleh mahasiswa dan kompetensi minimal yang harus dimiliki.

2) Australia

Sistem registrasi tenaga kesehatan yang diberlakukan di Australia merupakan bentuk registrasi yang dilakukan untuk mendapatkan lisensi untuk dapat bekerja atau praktek di lapangan dengan memberikan batasan minimal untuk registrasi adalah tenaga kesehatan dengan kualifikasi minimal diploma III.

Sistem Nasional Registrasi dan akreditasi di Australia memiliki beberapa badan yaitu: (16)

a) Konsil Kementerian

Konsil ini memberikan arahan kepada agensi nasional dan badan-badan terkait penerapan kebijakan badan-badan tersebut, contohnya adalah penyetujuan standar profesi kesehatan (terkait registrasi, praktik, kompetensi, akreditasi dan pengembangan profesi pada tenaga kesehatan) yang telah direkomendasikan oleh Badan Nasional yang terkait.

b) Konsil Advisory atau Pertimbangan

Konsil ini memberikan pertimbangan tentang materi terkait skema registrasi yang diminta oleh konsil kementerian.

c) National Agency

Badan ini menyediakan skema baru dan memberikan pertimbangan, pengembangan dan implementasi skema registrasi tenaga kesehatan. Selain itu juga membantu Badan Nasional secara administrasi, yaitu bertanggung jawab dalam memperbaharui data dan memudahkan publik mengakses data tenaga kesehatan yang terregistrasi.

d) Komite Manajemen Agency

Komite ini menetapkan kebijakan-kebijakan Badan agensi dengan memastikan Badan agensi bekerja sesuai fungsinya dengan cara yang efektif dan efisien.

e) Badan Nasional

Badan ini didukung oleh Organisasi Profesi kesehatan, dengan melihat perkembangan ke Konsil tentang isu terkait perkembangan dan Implementasi skema registrasi. Badan ini memantau registrasi setiap tenaga kesehatan. Baik melalui investigasi, disiplin “hearing”, menyatakan kompeten atau perlu melakukan perbaikan bagi tenaga kesehatan yang mengikuti proses registrasi.

3) Amerika Serikat

Sistem registrasi tenaga kesehatan di Amerika Serikat khususnya bagi tenaga perawat, registrasi dilakukan setelah mengikuti ujian nasional yang mendapatkan lisensi. Misalkan untuk ujian mendapatkan lisensi bagi tenaga perawat harus lulus uji NCLEX- RN dengan membayar sejumlah uang sesuai aturan yang berlaku.

4) Filipina

Sistem registrasi tenaga kesehatan di Filipina diatur oleh Pemerintah, dimana Philippine Professional Regulation (PRC) merupakan komisi regulasi yang mengatur semua tenaga profesi baik kesehatan maupun di luar profesi tenaga kesehatan. PRC yang mengadakan uji dan memberikan lisensi yang secara administrasi dibantu oleh Badan Regulasi Profesi yang saat ini berjumlah 43 Badan. (Jongo, et al, 2010)

2.4.4 Lisensi Tenaga Kesehatan

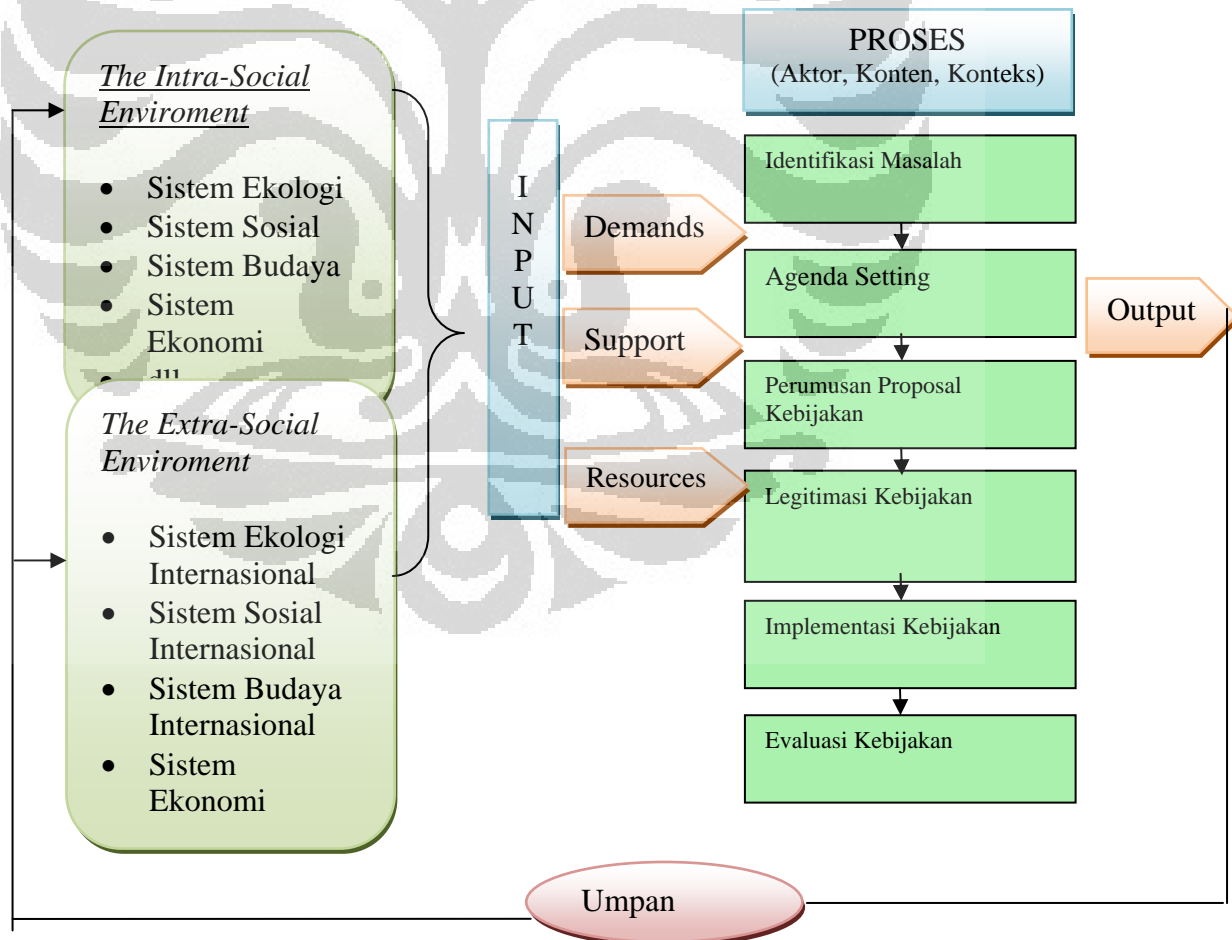
Lisensi atau perizinan merupakan proses perizinan yang diberikan oleh dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan memberikan surat izin kerja maupun praktik. Perijinan yang diberikan setelah tenaga kesehatan memperoleh Surat Tanda Registrasi (STR).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

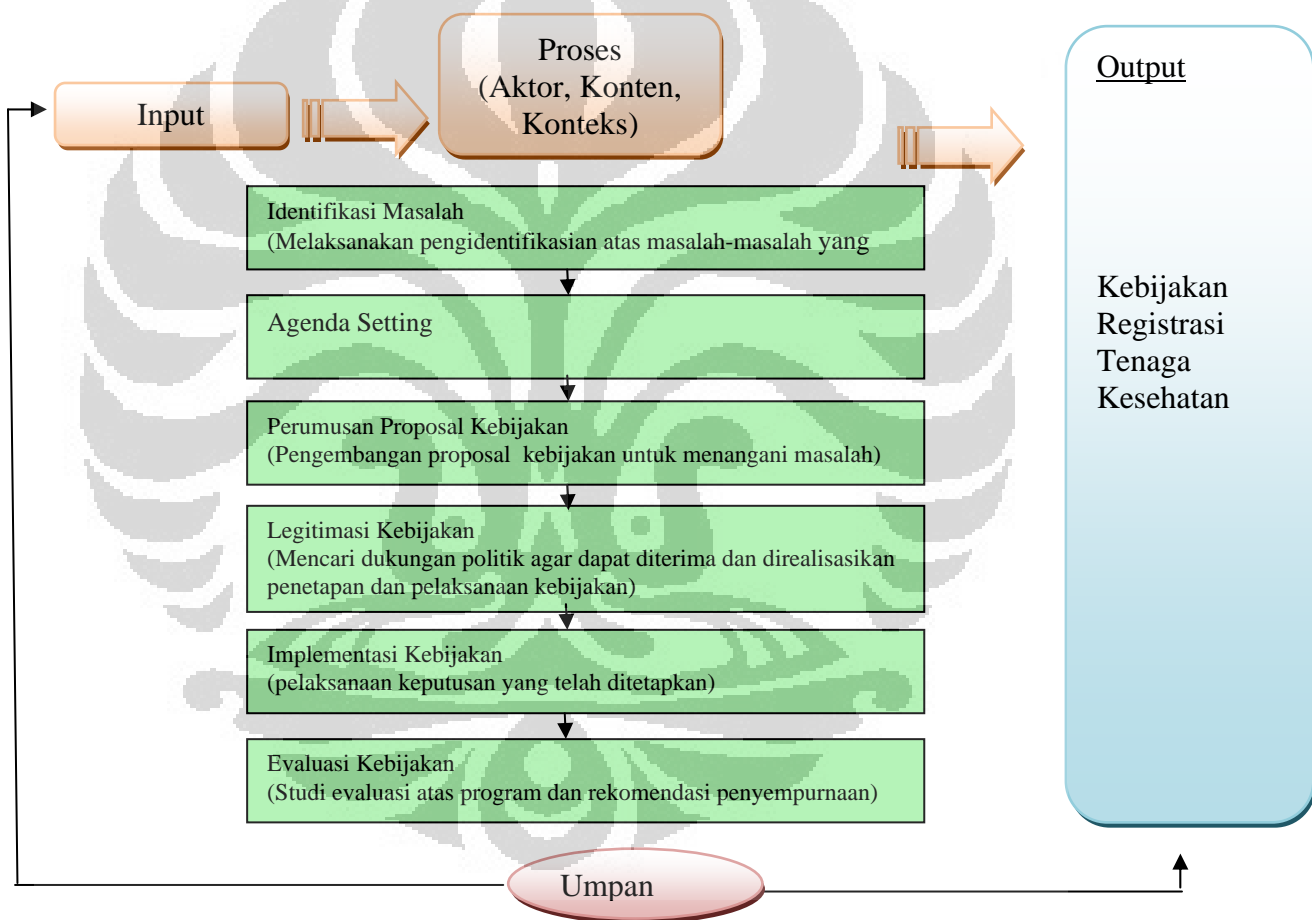
3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian dan referensi digunakan, maka penelitian ini menggunakan pendekatan teori sistem kebijakan oleh Anderson (1979), teori *The health policy triangle* sebuah pendekatan yang menggambarkan kerangka kebijakan kesehatan. teori ini memberikan kejelasan pentingnya melihat konten kebijakan, proses pembuatan kebijakan dan bagaimana kekuatan yang digunakan di dalam kebijakan kesehatan serta model proses formulasi kebijakan yang disebutkan oleh Dye (1995) , dimana meliputi formulasi kebijakan yang berujung pada evaluasi kebijakan. Berikut kerangka teori yang digunakan, yaitu :



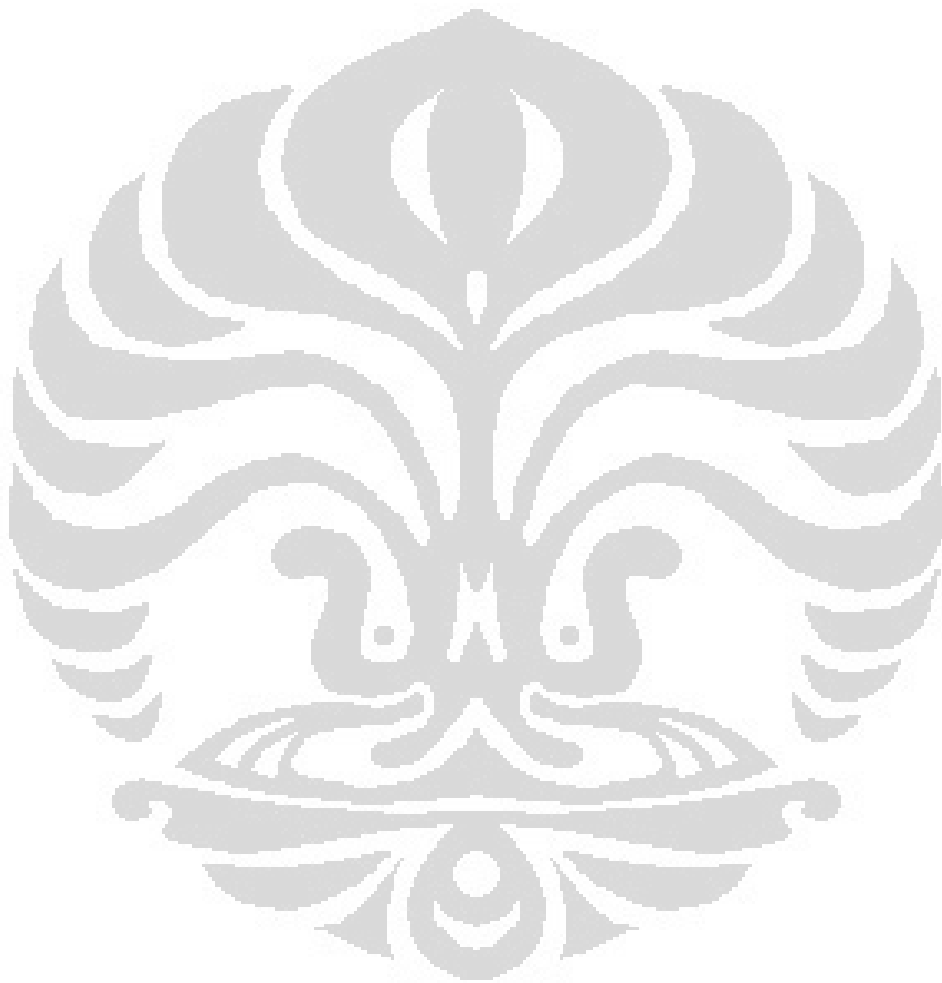
3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan dari kerangka teori tersebut, maka dalam penelitian Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan menggunakan kerangka konsep dari teori *Model Proses Formulasi Kebijakan* yang telah dimodifikasi dengan *Teori Sistem Kebijakan Publik*. Berdasarkan modifikasi tersebut, maka kerangka konsep penelitian yang diusulkan adalah sebagai berikut :



Penelitian ini melihat gambaran proses formulasi kebijakan yang merupakan suatu sistem yang berkesinambungan. Pertimbangan Sumber daya, lingkungan maupun aktor kebijakan yang mempengaruhi proses formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga

kefarmasian. Dalam Tahap Implementasi dan Evaluasi tidak banyak akan diteliti karena kebijakan registrasi tenaga kesehatan ini belum berjalan.



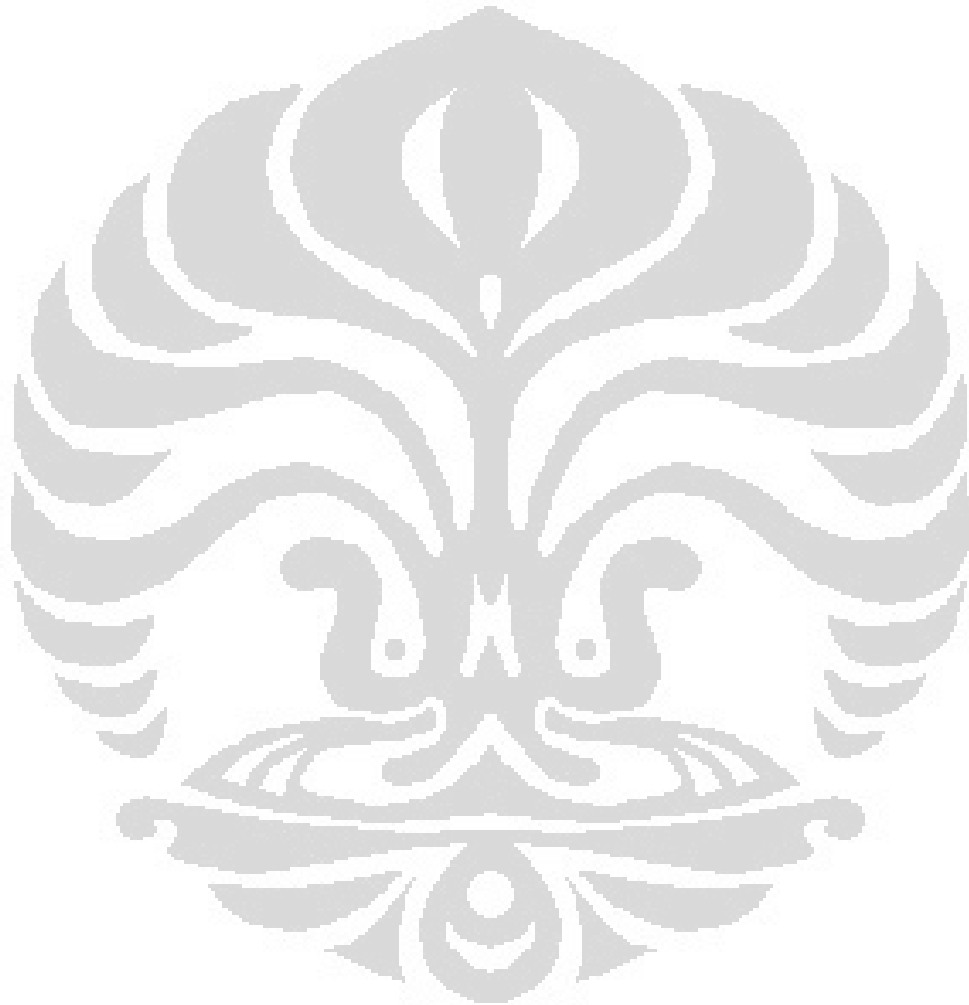
3.3. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Informan
1.	Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan	Serangkaian kegiatan yang meliputi identifikasi masalah registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian, agenda setting, formulasi proposal, legitimasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dan pembuatan rencana implementasi dan Evaluasi kebijakan	Pedoman Wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI, Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
2.	Identifikasi Masalah	Proses mengenali masalah dan mendefinisikan masalah registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian bagi Pemerintah dan stakeholder	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI, Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
3.	Agenda Setting	Proses memulai masalah registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dan memasukkannya dengan memenuhi syarat tertentu	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua

					MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
4.	Formulasi Proposal	Penetapan tujuan dan alternatif kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian yang akan diambil untuk menyelesaikan masalah	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
5.	Legitimasi Kebijakan	Proses pencarian dukungan agar kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dapat ditetapkan dan direalisasikan	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
6.	Implementasi Kebijakan	Menentukan dan membuat rancangan implementasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI

7.	Evaluasi kebijakan	Menentukan dan membuat rancangan Evaluasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
8.	Registrasi	pencatatan resmi terhadap tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah memiliki kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan profesinya	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
9.	Tenaga Kesehatan	Orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
10.	Konteks Kebijakan	Faktor-faktor sistemik baik internal maupun eksternal yang dapat berdampak pada kebijakan registrasi tenaga	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan

		kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian seperti politik, ekonomi, sosial budaya dan demografi			Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
11.	Konten Kebijakan	kerangka kerja yang merupakan pernyataan tujuan, sasaran, yang sering mengambil bentuk dokumen tertulis, akan tetapi juga bisa tersirat atau tidak tertulis dalam penelitian ini konten kebijakan adalah hal hal yang terkait dengan isi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI
12.	Aktor Kebijakan	orang, lembaga maupun sekelompok orang yang berperan dalam membuat kebijakan registrasi nakes	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Kepala Biro Hukor Kemkes RI, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan Badan PPSDM Kesehatan, Ketua MTKI , Ketua MTKI, Ketua DPP IBI, PPNI, HAKLI



BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui informan terkait dengan cara wawancara mendalam dan studi literatur, karena ingin menggali lebih mendalam mengenai formulasi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di DKI Jakarta bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2012.

4.3. Informan

Penentuan informan dalam penelitian kualitatif merupakan hal yang paling krusial, sehingga pemilihan informan dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Informan dipilih secara sengaja (*purposive sampling*) berdasarkan pada keterlibatan informan dalam proses formulasi kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di luar tenaga dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian sesuai dengan kebutuhan penelitian. Selanjutnya proses pengumpulan informasi dilakukan hingga tidak ditemukan lagi variasi informasi baru karena sudah cukup. Pada penelitian ini digunakan pula teknik *snowball sampling* sehingga dapat memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang sudah mungkin. Sehingga informan pada penelitian ini yaitu:

- a. Staf Pustanserdik SDM Kesehatan beserta staf (informan 1, 2)
- b. Staf Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan (Informan 3)
- c. Ketua Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (informan 4)
- d. Staf Biro Hukor Kemenkes RI beserta staf (informan 5)
- e. Ketua DPP IBI (informan 6)
- f. Ketua DPP PPNI (informan 7)
- g. Ketua DPP HAKLI (informan 8)

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Data Primer

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan sebelum dan selama wawancara, antara peneliti dan informan menggunakan *informed concern* peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, sehingga tidak terjadi kesalahpahaman kedua belah pihak.

Langkah - langkah kegiatan yang dilaksanakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Membuat pedoman wawancara yang topiknya sesuai dengan penelitian. Pedoman wawancara yang dibuat dalam penelitian ini merupakan pengembangan pedoman wawancara dalam penelitian yang dilakukan oleh Joan Corkey et al(1995)
- b. Mempersiapkan alat seperti tape recorder, alat tulis dan pedoman wawancara
- c. Membuat agenda dengan informan kapan, dimana wawancara dapat dilakukan.
- d. Melakukan wawancara mendalam dengan informan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
- e. Membuat pencatatan hasil wawancara yang dibutuhkan secara lengkap dan utuh
- f. Melakukan analisa untuk mendapatkan resume hasil penelitian.

4.4.2. Data Sekunder

Data sekunder dikumpulkan dengan melakukan telaah dokumen, untuk mendapatkan data terkait pedoman dan peraturan, data sarana serta data lain yang terkait dengan kebijakan registrasi tenaga kesehatan.

4.5. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan mengelompokkan data menurut masing – masing informan. Data yang sudah terkumpul melalui hasil rekaman maupun yang tercatat dalam catatan ditransfer ke dalam bentuk transkrip dan kemudian disederhanakan dalam bentuk matriks.

Validitas data penelitian ini dilakukan dengan empat kriteria yang merupakan tingkat kepercayaan hasil penelitian kualitatif yang meliputi (Sugiyono,2010):

1. Kredibilitas (Validitas internal)
2. Transferabilitas (Validitas eksternal)

3. Dependabilitas (realibilitas)
4. Confirmabilitas (objektivitas)

Penelitian ini berusaha untuk menjaga *kredibilitas* data dengan melakukan triangulasi yakni **triangulasi teknik** dengan melakukan wawancara mendalam dan telaah dokumen, **triangulasi sumber** dengan mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber dan membandingkan antar informasi, **triangulasi pengumpul data** dengan melibatkan orang lain. Disamping itu juga melibatkan teman sejawat untuk berdiskusi, memberikan masukan dan kritikan (*Peer debriefing*). Melakukan pengecekan atas kecukupan referensial (**referencial adequacy checks**) . Melakukan analisis atau kajian kasus sebagai pembanding.

Menjaga *transferabilitas* (validitas eksternal) dilakukan dengan berupaya membuat laporan yang memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya dengan demikian pembaca menjadi jelas atas hasil yang dibuat.

Menjaga Dependabilitas penelitian, peneliti melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian melalui pembimbingan selama penelitian berlangsung.

Uji Confirmabilitas menyatakan bahwa penelitian bersifat objektif bila hasil penelitian telah disepakati banyak orang. Objektivitas penelitian bergantung pada persetujuan pendapat, pandangan dan penemuan seseorang, tergantung kesepakatan antar subjek.

Tabel 4.1. Dummy Table dan Uji Triangulasi

No	Informan	Hasil Wawancara yang diharapkan	Triangulasi	
			Metoda	Sumber
1	Pustanserdik SDM kesehatan	- Proses Formulasi Kebijakan - Identifikasi Masalah - Kuantifikasi Tujuan - Peran dan Fungsi Aktor Kebijakan - Pertimbangan Sumber Daya	X	X
2.	Ketua MTKI	- Proses Formulasi Kebijakan - Identifikasi Masalah	X	X

4.6.

		<ul style="list-style-type: none">- Kuantifikasi Tujuan- Peran dan Fungsi Aktor Kebijakan- Pertimbangan Sumber Daya		
3.	Biro Hukum dan Organisasi Kemenkes	<ul style="list-style-type: none">- Kuantifikasi Tujuan- Proses Legitimasi Kebijakan- Peran dan Fungsi Aktor Kebijakan- Pertimbangan Sumber Daya	X	X
4.	Organisasi Profesi	<ul style="list-style-type: none">- Proses Formulasi Kebijakan- Identifikasi Masalah- Artikulasi Tujuan Kebijakan- Peran dan Fungsi OP dalam Formulasi Kebijakan- Pertimbangan Sumber Daya	X	X

Analisa data

Data yang telah dikumpulkan dari informan kemudian diolah dengan tujuan mendapatkan informasi yang ada, hasil yang diperoleh dituangkan dalam bentuk matriks. Data yang terkumpul dikelompokkan sesuai dengan kategori, sesuai dengan tujuan penelitian, setelah dikelompokkan sesuai dengan tujuan, maka data tersebut dilakukan analisis isi (content analisis). Hasil pengolahan data yang telah diringkas ke dalam bentuk matriks tadi kemudian pada analisis diuraikan kembali dalam bentuk narasi untuk kemudian dilakukan konseptualisasi dan konfigurasi data.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

5.1.1. Kedudukan Badan PPSDM Kesehatan

Badan PPSDM Kesehatan sebagai unit eselon 1 (satu) Departemen Kesehatan, sesuai dengan Permenkes no 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tanggal 19 Agustus 2010, tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan, mempunyai tugas melaksanakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Badan PPSDM Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

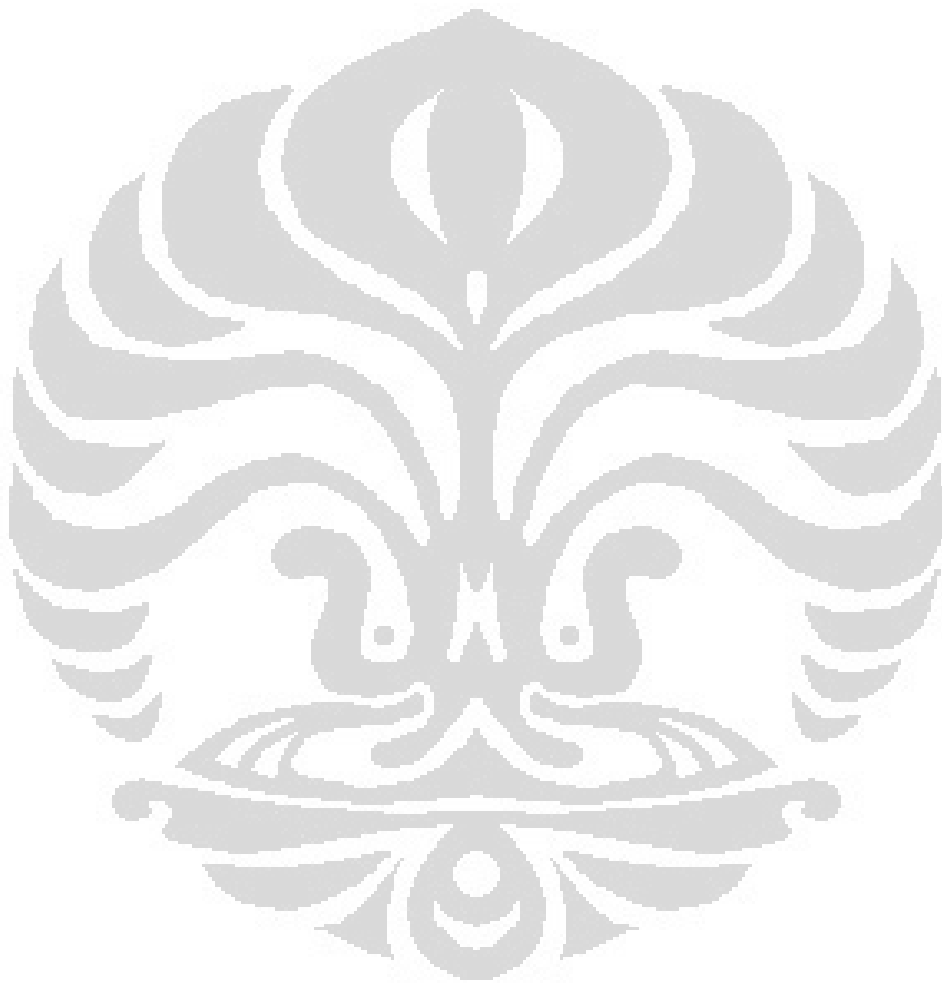
1. Penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan;
2. Pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan;
3. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan
4. Pelaksanaan administrasi Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Badan PPSDM Kesehatan memiliki lima eselon II dan Unit Pelaksanaan Teknis (UPT) Yaitu 33 Polteknik Kesehatan (Poltekkes) dan 3 Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) serta 3 Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes). Lima Unit eselon II diantaranya:

1. Sekretariat Badan

Sekretariat Badan mempunyai tugas memberikan pelayanan teknis dan administrasi kepada semua unsur di lingkungan Badan, dengan menyelenggarakan fungsi :

- a. Koordinasi dan penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pengelolaan data dan informasi;



- c. Penyiapan urusan hukum, penataan organisasi, dan hubungan masyarakat;
 - d. Pengelolaan urusan keuangan, rumah tangga, dan perlengkapan;
 - e. Pelaksanaan urusan kepegawaian, jabatan fungsional;
 - f. Pelaksanaan urusan tata persuratan, kearsipan, dan gaji; dan
 - g. Pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan.
2. Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PUSRENGUN SDM KES)

Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan.:

- a. penyiapan penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan dalam negeri, dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan Indonesia di luar negeri, serta pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan asing di Indonesia;
 - b. pelaksanaan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan dalam negeri, dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan Indonesia di luar negeri, serta pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan asing di Indonesia
 - c. pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan dalam negeri, dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan Indonesia di luar negeri, serta pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan asing di Indonesia; dan
 - d. pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Pusat.
3. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Aparatur (PUSDIKLAT APARATUR)

Pusat Pendidikan dan Pelatihan Aparatur mempunyai tugas melaksanakan penyiapan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang pendidikan dan pelatihan aparatur, dengan menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyiapan penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pengembangan dan pengendalian mutu, pendidikan dan pelatihan kepemimpinan dan manajemen kesehatan, pendidikan dan pelatihan teknis dan fungsional kesehatan;
- b. Pelaksanaan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pengembangan dan pengendalian mutu, pendidikan dan pelatihan kepemimpinan dan manajemen kesehatan, pendidikan dan pelatihan teknis dan fungsional kesehatan;
- c. Pemantauan, evaluasi dan penyusunan laporan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pengembangan dan pengendalian mutu, pendidikan dan pelatihan kepemimpinan dan manajemen kesehatan, pendidikan dan pelatihan teknis dan fungsional kesehatan; dan
- d. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Pusat.

4. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (PUSDIKLAT NAKES)

Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, dan menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyiapan penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang program dan pengembangan, pendidikan dan pelatihan, dan pengendalian mutu pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
- b. Pelaksanaan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang program dan pengembangan, pendidikan dan pelatihan, dan pengendalian mutu pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;

- c. Pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang program dan pengembangan, pendidikan dan pelatihan, dan pengendalian mutu pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan; dan
- d. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Pusat.

5. Pusat Standardisasi, Sertifikasi, dan Pendidikan Berkelanjutan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PUSTANSER DIK)

Pusat Standardisasi, Sertifikasi, dan Pendidikan Berkelanjutan Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang standardisasi, sertifikasi, dan pendidikan berkelanjutan sumber daya manusia kesehatan, dengan menyelenggarakan fungsi:

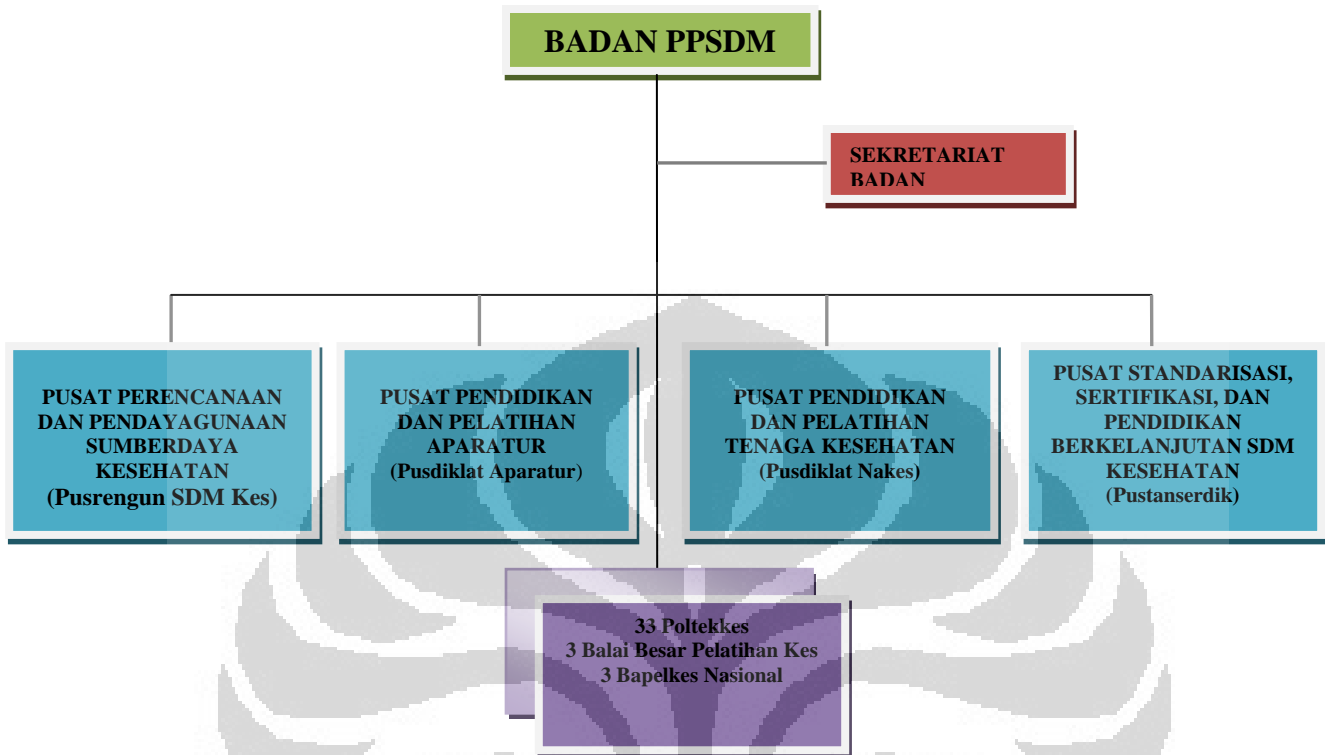
- a. Penyiapan penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan dan program, standardisasi dan sertifikasi sumber daya manusia kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan sumber daya manusia kesehatan;
- b. Pelaksanaan kebijakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan dan program, standardisasi dan sertifikasi sumber daya manusia kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan sumber daya manusia kesehatan;
- c. pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan dan program, standardisasi dan sertifikasi sumber daya manusia kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan sumber daya manusia kesehatan; dan
- d. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Pusat.

5.1.2. Susunan Organisasi Badan PPSDM Kesehatan

Sesuai dengan Permenkes Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010, susunan organisasi Badan PPSDM Kesehatan dalah sebagai berikut:

Gambar 5.1.
Struktur Organisasi Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumberdaya Manusia Kesehatan

Berdasarkan Permenkes No. 1144/2010



5.1.3. Visi dan Misi Badan PPSDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (BPPSDM Kesehatan) sebagai unit eselon 1 (satu) Kementerian Kesehatan bertanggung jawab dalam pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan. Visi dan misi Badan PPSDM Kesehatan sebagai berikut:

Visi:

Penggerak Terwujudnya Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Professional agar Masyarakat Mandiri Dalam Hidup Sehat.

Misi:

- A. Peningkatan manajemen dan pembiayaan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan;
- B. Penguatan perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan;
- C. Peningkatan pendayagunaan SDM Kesehatan dan peran profesi;
- D. Peningkatan pendidikan dan pelatihan SDM Kesehatan.

5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan bulan Juli 2012 dengan metode kualitatif. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam kepada informan yang telah ditentukan. Data sekunder diperoleh melalui pengumpulan dokumen-dokumen terkait penelitian. Data yang terkumpul melalui alat perekam kemudian ditranskrip, dilakukan pengkodean dengan melibatkan teman sejawat yang telah memahami konsep penelitian kualitatif. Setelah itu data yang telah dikode diorganisasikan ke dalam matriks.

Kendala dalam penelitian ini antara lain:

1. Sistem birokrasi administrasi baik di instansi maupun organisasi profesi yang cukup panjang
2. Sulit memperoleh informasi tentang proses formulasi secara jelas, karena jawaban yang diberikan tidak jelas.
3. Kesibukan informan sehingga sulit untuk menentukan waktu wawancara.

Keterbatasan Penelitian ini adalah

Salahsatu informan yang berasal dari satu Organisasi Profesi menolak untuk melakukan wawancara dengan alasan tidak memiliki kewenangan dalam memberikan keterangan.

5.3. Hasil Penelitian

5.3.1. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 8 orang dari 6 instansi yang berbeda, yaitu 5 dari Kementerian Kesehatan RI, yaitu Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan, Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia, Biro Hukum dan Organisasi, Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan, 1 orang dari Organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 1 orang dari Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), dan 1 orang dari Organisasi Profesi Himpunan Ahli Lingkungan Indonesia (HAKLI). Pengambilan data dilakukan dengan melakukan metode wawancara mendalam. Lama Wawancara bervariasi antara 30 -90 menit dengan frekuensi wawancara 1-2 kali. Karakteristik

informan yang dikumpulkan meliputi jenis kelamin, pendidikan, dan jabatan. Pendidikan terakhir informan bervariasi yaitu S2 sebanyak 7 orang dan S3 sebanyak 1 orang.

Tabel 5.1. Karakteristik Informan

NO	Informan	Instansi	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan
1.	Informan 1 (P1)	Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan	L	S2	Eselon 3
2.	Informan 2 (P2)	Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan	P	S2	Eselon 3
3.	Informan 3 (P3)	Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan	L	S2	Eselon 4
4.	Informan 4 (P4)	MTKI	L	S2	Ketua
5.	Informan 5 (P5)	Biro Hukum dan Organisasi	P	S2	Eselon 3
6.	Informan 6 (P6)	Organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)	P	S3	Pengurus
7.	Informan 7 (P7)	Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI)	P	S2	Pengurus
8.	Informan 8 (P8)	Organisasi Profesi Himpunan Ahli Lingkungan Indonesia (HAKLI)	L	S2	Pengurus

5.3.2. Pengidentifikasian Masalah Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dibuat berdasarkan pertimbangan untuk bersama-sama mencari pemecahan permasalahan kualitas tenaga kesehatan maupun pelayanan.

Berikut petikan jawaban informan:

“Dasarnya satu adanya tenaga di lapangan yang masih substandar, banyaknya variasi mutu lulusan tenaga kesehatan, kemudahan pendirian institusi pendidikan tidak ada

evaluasi hasil siswa didik tenaga kesehatan. Substandar nakes : keluhan dari masyarakat dan Organisasi Profesi tenaga-tenaga yang dididik lebih banyak tidak tahu ,di banding pendahulu begitu lulus masuk dunia kerja ternyata tidak semua peserta didik memiliki pengetahuan dan keterampilan yang sama”. (P1)

“...untuk perlindungan terhadap masyarakat yang diberi pelayanan dan akan meningkatkan mutu pelayanan, dengan tenaga kesehatan memiliki STR akan terlindungi secara hukum”.(P2)

“Tren saat itu bahwa tenaga profesional harus teruji...”.(P3)

“Semua masyarakat merasakan terutama pelayanan yang merasakan bahwa lulusan kita kualitasnya kurang, baik knowledge, attitude dan psikomotor”.(P4)

“Registrasi,lisensi dan sertifikasi merupakan kredensial setiap tenaga kesehatan bahwa mereka yang memberikan pelayanan harus kompeten”. (P6).

Dalam mengidentifikasi permasalahan yang ada baik kebijakan dalam Permenkes nomor : 161 Tahun 2010 dan Permenkes nomor:1796, merupakan bagian dari inisiasi Pemerintah.

Berikut petikan jawaban informan:

“Pasti penting, karena Pemerintah memiliki tanggung jawab dalam melindungi masyarakat “. (P3)

“Pemerintah adalah regulator jadi kewenangan Pemerintah dalam pengaturan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia”.(P4)

“Jelas Pemerintah yang menginisiasi kebijakan ini, karena sebelumnya sudah ada peraturan tentang registrasi tenaga kesehatan namun dilakukan sebatas administrasi di tingkat provinwsi dan kabupaten kota tanpa adanya ujian”.(P5)

Berbeda dengan salah satu informan yang mengatakan bahwa terjadinya reformulasi kebijakan Permenkes nomor 161 menjadi Permenkes nomor 1796 merupakan inisiasi dari perwakilan organisasi Profesi yang merasakan bahwa perlu adanya perubahan.

Berikut petikan jawaban Informan:

“Awalnya untuk Permenkes 161 memang Pemerintah yang menginisiasi, tapi di Permenkes 1796 MTKI sebagai perwakilan OP yang merasakan bahwa ini perlu ada perubahan”.

Pengidentifikasian masalah yang ada mungkin terlihat lebih mudah bagi Pemerintah untuk memulai sebuah formulasi kebijakan dengan kejelasan definisi dari isu yang akan diagendakan, namun pada kenyataannya jauh lebih kompleks. Terkadang lebih sulit untuk memutuskan secara tepat isu-isu apa saja yang memang dibutuhkan dalam menentukan isu tersebut menjadi objek kebijakan. Secara Umum, jarak antara gejala-gejala atau gambaran dengan penyebab permasalahan yang sebenarnya dianalisis dengan baik.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa Pemerintah dan masyarakat sama-sama merasakan permasalahan yang ada, yaitu terkait dengan kualitas

pelayanan kesehatan. Secara teori memang seharusnya Pemerintah yang seharusnya menjadi penggerak dan penginisiasi kebijakan untuk memecahkan permasalahan yang ada.

Beberapa faktor mempengaruhi penetapan isu dalam kebijakan. Untuk memulainya, ada pertanyaan yang meliputi bagaimana agenda diatur dan bagaimana isu ini menjadi penting. Kemampuan untuk tetap memutuskan atau tidak isu menjadi kebijakan memiliki dampak dalam evolusi proses kebijakan. Identifikasi isu, membawanya menjadi perhatian, dan menjadikannya ke kepada puncak masalah yang harus diselesaikan merupakan strategi-strategi politik. Sama halnya dengan tetap memperhatikan isu yang sedang terjadi merupakan hal yang penting.

Pengidentifikasian isu terkadang memang merupakan kepentingan dari kelompok atau individu. Sejumlah literatur (Kimber, 1974, Salisbury 1976, Sand Bach, 1980, Hogwood & Gunn, 1986) dalam Nawawi, 2009, menyebutkan bahwa isu akan cenderung memperoleh respon dari pembuat kebijakan untuk dijadikan problem kebijakan dan bisa masuk sebagai agenda kebijakan dengan kriteria tertentu. Begitupun disampaikan oleh Barchrach and Baratz, 1970 dalam Corkery et al, 1995 :

“ Non Decision” occurs when influential individuals or group or political system itself, prevent the emergence of challenges to the dominant values or interests in society”

Pada Dasarnya pengidentifikasian isu kebijakan merupakan hal yang alamiah. Dapat merupakan sebuah isu yang sengaja dipilih, dapat pula sebuah isu yang muncul di luar proses yang normal dari sebuah review dan monitoring, atau dorongan Pemerintah untuk mengatasi krisis tertentu. Telah menjadi perdebatan bahwa proses formulasi kebijakan berbeda-beda bergantung pada penerimaan elit-elit tertentu dalam mengatasi krisis tertentu atau permintaan program agenda politik tertentu. (Grindle dan Thomas, 1991).

Pada proses ini seharusnya inisiasi awal adalah organisasi profesi sebagai sebuah “interest group” dalam rangka peningkatan mutu profesinya. Dalam hal ini pemerintah sebagai regulator merasa perlu untuk melakukan inisiasi kebijakan dengan mengidentifikasi permasalahan yang ada kemudian mencari pemcahan permasalahan dalam betuk kebijakan.

5.3.3. Agenda Setting Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Agenda setting permasalahan registrasi tenaga kesehatan menjadi sebuah kebijakan, melalui beberapa proses dan dirasakan bahwa permasalahan ini dirasakan bersama baik

Pemerintah maupun Profesi bahwa hal ini penting dan perlu penyelesaian permasalahan yang ada.

Berikut petikan jawaban informan:

“Kebutuhan yang sangat mendesak, karena selama ini tenaga kita belum diakui sejak ada MTKI baru pasar luar negeri melihat tenaga kita”. (P1)

“Semua stake holder , Dikti juga, merasakan terlalu banyak institusi yang ada tidak ada yang mengawal, karena semua membuat kurikulum sendiri”.(P2)

“Karena kebutuhan ya... karena kan tadi saya sudah sampaikan bahwa adanya tren bahwa tenaga professional harus melalui sebuah uji mutu”.(P3)

“Karena pasti kita merasakan bersama ya... baik Pemerintah maupun Profesi dan masyarakat...”.(P5)

“Ya.. Karena kebutuhan bersama demi pelayanan kesehatan yang lebih baik “. (P8)

Pemerintah dan stakeholder melakukan proses pengagenda seting an kebijakan melalui berbagai pertimbangan yang meliputi Politik, Sosial Ekonomi dan kelembagaan, yaitu:

Pertimbangan Politik sebagian besar informan mengaitkan keadaan Indonesia dengan pelaksanaan kebijakan dan pengaruh luar terhadap kebijakan ini:

Berikut Petikan Jawaban Informan:

“Pertimbangannya dulu kita akan kesulitan melakukan secara serentak di Indonesia, MTKI tentu tidak dapat bekerja sendiri, oleh karena itu dibantu juga oleh MTKP”.(P1)

“Kalau politik kan itu hanya bagaimana aturan ini dapat diterapkan di seluruh Indonesia”.(P3)

“Ya yang pasti adalah melindungi masyarakat, menjaga mutu tenaga kesehatan dan adanya kepastian hukum bagi tenaga kesehatan”. (P4)

“Kalau dari segi politik tentunya pertimbangannya untuk tujuan positif, yaitu kita bisa menyaring tenaga kesehatan asing lain yang akan bekerja di Indonesia benar-bener kompeten”.(P6)

“Pastinya secara politik kaitannya dengan Luar Negeri, bahwa kita memiliki prinsip sendiri dalam pengaturan tenaga kesehatan ini”.(P8)

Pertimbangan Sosial dalam kebijakan adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam bentuk peningkatan maupun pengembangan kualitas tenaga kesehatan dimana Pemerintah telah melakukan upaya uji coba uji kompetensi pada tenaga Bidan, Perawat, kesehatan lingkungan dan Gizi.

Berikut petikan jawaban informan:

“Dulu kita sudah pikirkan dengan melakukan uji coba uji kompetensi tahun 2008, pada tenaga bidan, perawat kesling dan gizi dimana tenaga kesehatan tersebut bagain dari progam “Desa Siaga” “. (P1)

“Ya melindungi masyarakat, kalau kita melakukan uji kompetensi bagi lulusan tenaga kesehatan misalkan bidan yang telah bekerja dan mempunyai baik izin praktik bidan kemudian tidak lulus maka izin praktek tersebut dicabut, kemungkinan kita akan mengalami kekurangan tenaga kesehatan dan dampaknya angka kematian bayi maupun ibu melahirkan akan meningkat. Oleh sebab itu dilakukan “exit exam” “. (P4)

“Objek dari tujuan kebijakan ini adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat dengan menjamin tenaga kesehatanyang berkualitas”. (P6)
Secara sosial tentunya ini merupakan salah satu bentuk pengembangan profesi”. (P8)

Pertimbangan lain dalam kebijakan ini adalah secara ekonomi, beberapa informan menyampaikan bahwa pada dasarnya pembiayaan registrasi tenaga kesehatan saat ini belum dikenakan biaya, namun ke depan biaya akan dibebani oleh tenaga kesehatan karena negara tidak harus terbebani oleh biaya pelaksanaan kebijakan ini.

Berikut petikan jawaban informan:

“Pertimbangan ekonomis pastinya ada dan sekarang masih free. Seandainya ada penarikan biaya dengan PNBPD dana dari masyarakat untuk masyarakat. Kita juga sudah mempertimbangkan di daerah2 terpencil yang sulit dijangkau dengan dibantu dengan MTKP”. (P1)

“Kalau pertimbangan ekonomi kan Pemerintah tidak harus terbebani semua, pasti bisa kan dibebani oleh masyarakat juga seperti contohnya retribusi, pembuatan SIM dan lainnya”. (P3)

“Secara ekonomi, awalnya pelaksanaan registrasi ini gratis, namun dana yang ada dengan beban pekerjaan kurang “matching” dan pada intinya tidak memberatkan tenaga yang melakukan registrasi”. (P6)

Berbeda dengan ketiga informan di atas, salah satu informan mengaitkan pertimbangan ekonomi kebijakan registrasi tenaga kesehatan ini seharusnya juga mempertimbangkan penghargaan atau “reward” bagi tenaga yang telah terregistrasi.

Berikut petikan jawaban informan:

“ Kalau pertimbangan ekonomi seharusnya berkaitan dengan jabatan fungsional dan penghargaan atau reward-reward lain yang akan diperoleh tenaga kesehatan yang terregistrasi. (P8)

Dalam proses agenda setting Pemerintah telah melakukan bersama-sama dengan stakeholder lain untuk membuat kebijakan ini. Pertimbangan-pertimbangan dan analisis dilakukan dengan rapat-rapat pembahasan. Hasil menunjukkan bahwa satu hal yang terlupakan tentang dampak kebijakan bagi tenaga kesehatan itu sendiri yang seharusnya mendapatkan reward tertentu.

Pemerintah saat ini mungkin belum memberikan penghargaan atau reward dalam bentuk insentif tertentu karena pelaksanaan kebijakan ini adalah untuk kepentingan bersama demi tercapainya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.

5.3.4. Formulasi Proposal Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Dalam Tahap formulasi proposal dilakukannya penetapan tujuan dan pengambilan alternatif-alternatif kebijakan registrasi tenaga kesehatan. Tujuan kebijakan yang dibuat dan disepakati, bagaimana prosesnya serta kuantifikasi tujuan. Selain itu pada tahap formulasi proposal dilakukan juga penetapan alternatif-alternatif kebijakan.

Tujuan dari kebijakan ini sudah dipahami oleh informan dan sebagian besar memiliki kesamaan tujuan yaitu untuk kepentingan masyarakat.

Berikut petikan jawaban informan:

“Ini barang baru begitu orang yang tidak kenal apa itu MTKI, kita harus memberikan pemahaman dan informasi terkait registrasi”.(P1)

“Ya... karena dari awal membuat kebijakan ini kita menentukan tujuan bersama-sama”.(P3)

“Tujuan kebijakan ini sudah objektif ya...intinya adalah memberikan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat”(P6).

“Sudah jelas ya tujuannya untuk kepentingan bersama guna meningkatkan kualitas pelayanan pada masyarakat”. (P7).

“Tujuan kebijakan sudah ditetapkan bersama-sama sebelumnya sehingga OP juga telah mengerti tujuan dari kebijakan ini”.(P8)

Kuantifikasi tujuan sudah dijelaskan oleh salahsatu informan yaitu dalam bentuk capaian atau target dalam Rencana Aksi Program Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2010-2014 dengan indikator berupa jumlah tenaga kesehatan selain dokter dan dokter gigi yang memiliki Surat Tanda Registrasi dengan penghitungan kumulatif :

Tabel.5.2. Indikator Jumlah Tenaga Kesehatan selain dokter dan dokter gigi Yang

Memiliki STR

Indikator	2010	2011	2012	2013	2014
jumlah tenaga kesehatan selain	1000	6600	57600	110600	164600

dokter dan dokter gigi yang memiliki Surat Tanda Registrasi					
---	--	--	--	--	--

(sumber: Kementerian Kesehatan RI,2010)

Berikut petikan jawaban informan:

“Setelah kebijakan dibuat dilakukan indikator capaian Badan PPSDM Kesehatan dalam Rencana Aksi Badan PPSDM Kesehatan”. (P1)

Penetapan alternatif kebijakan registarsi tenaga kesehatan dilakukan pada awal sebelum reformulasi terjadi, Berikut petikan jawaban informan:

“Kalau dulu pilihan kebijakan hanya level peraturan. Tahun 2005 hanya terpikir sistem registrasi Cuma pelaksanaannya apakah dengan MTKI atau pilihan nama lain. Pilihan kebijakan tidak ada karena setelah mempelajari bersama dan berdasar di luar negeri tentang register number atau di kita namanya surat terigristrasi”.(P1)

“Kita bermula dari dokter, dokter untuk paling tinggi secara hirarki adalah UU. Dalam UU kesehatan lainnya Badan PPSDM menjaga mutu, dalam UU kesehatan sudah dirancang. Untuk membuat suatu UU perlu waktu lama semoga dengan Permen dapat menjadi Undang-Undang. Kita mengharapkan dalam UU tetapi dalam mebuat UU tidak mudah UU kesehatan saja lama. MTKI dan exit exam juga ada di RUU Nakes”.(P2)

“Dulu awalnya kebijakan ini hanya untuk sertifikasi ya... karena peraturan untuk registrasi tenaga kesehatan sudah ada peraturannya, saya pikir pilihannya hanya itu”.(P3)

“Kalau 1796 memang kita tidak melakukan pilihan kebijakan lain karena ini merupakan revisi dari 161, dan Revisi ini dilakukan bersama-sama baik Pemerintah maupun stakeholder lain”.(P6)

“Tidak ada pilihan kebijakan lain”. (P7)

Harmonisasi kebijakan baik di tingkat internal kementerian maupun lintas kementerian telah dilakukan dengan rapat-rapat pembahasan, sosialisasi dan sounding. Sinkronisasi dan harmonisasi kebijakan dengan peraturan baik sederajat maupun yang lebih tinggi.

“Kalau dengan kementerian lain yaitu dengan BNSP yang mengatur tentang tenaga kerja, tapi tenaga kesehatan adalah tenaga yang unik bukan tenaga kerja. Setelah melakukan sosialisasi, Sounding, Diskusi dan lain-lain. Pada intinya pada saat itu masih bisa menerima karena tenaga kesehatan berbeda. Karena kementerian tidak bisa mengintervensi kementerian yang lain. Bagaimana kita menyikapi tumpang tindih adanya perbedaan sistem mau tidak mau harus dipisahkan”.(P1)

“Kita selalu melakukan rapat pembahasan baik rapat internal kementerian maupun lintas kementerian untuk melakukan harmonisasi dan sinkronisasi peraturan atau kebijakan lain”.(P3)

“Seperti yang sudah saya sampaikan tadi bahwa kita melakukan analisis, inventarisasi dan harmonisasi peraturan-peraturan yang ada”.(P5)

“Telaah kebutuhan, sebelum menjadi peraturan menteri dilakukan, membuat naskah akademik tapi sekarang saya tidak tahu dokumen berada dimana, baru bentuk draft permenkes, sebelum menjadi permenkes kemudian disoundingkan dan pembentukan permenkes.”(P1)

“Sembilan bulan kita rapat-rapat sinkronisasi dan harmonisasi dan ada Kumham yang telah mengesahkan. Rapat, pertemuan spoosiliasi dan lokakarya, bahkan kita telah mengundang seluruh institusi pendidikan seluruh Indonesia di 3 regional . Untuk mengeluarkan peraturan tidak bisa main-main karena mereka ya ng berkena dampak”. (P2)

“Kalau menurut saya 161 waktu itu UU kesehatan masih yang lama yaitu UU no 23 tahun 1992, pertimbangannya bahwa ia harus minta Izin dari menteri kesehatan”.(P3)

“Pasti dilakukan sinkronisasi apakah kebijakan ini bertentangan atau tidak dengan aturan yang lain pada derajat yang sama maupun yang lebih tinggi tingkat peraturannya”.(P4)

“Setiap draft awal yang masuk ke kita pasti dilakukan analisis kebijakan baik perorangan maupun rapat bersama, kemuddian inventarisasi apakah terjadi tumpang tindih dengan kebijakan atau peraturan sebelumnya dan harmonisiasi dengan mengundang beberapa unit maupun stakeholder yang terkait. Bila Draft sudah “clear”, kemudian diverbalkan untuk mendapat persetujuan dari unit teknis terkait dan Sekjend, kemudian baru disyahkan Menteri Kesehatan. Setelah ditandatangani oleh Meteri Kesehatan kemudian diundangkan ke Kementerian Hukum dan HAM” agar lebih mengikat”.(P5)

“Pada dasarnya sudah melalui tahapan seperti itu dengan melalui beberapa rapat pembahasan... Untuk Permenkes 161 jujur Pemerintah lebih banyak yang berperan OP sendiri di prosesnya tidak banyak dilibatkan, berbeda dengan 1796 yang memang semua organisasi Profesi dilibatkan karena sudah berada di MTKI”.(P6)

Dalam formulasi proposal, telah dilakukan penetapan tujuan bersama-sama dengan melakukan harmonisasi dan sinkronisasi kebijakan lainnya. Hasil menunjukkan bahwa proses ini berjalan dengan baik dengan mengikuti aturan-aturan yang telah ada. Pemerintah beserta stakeholder telah melakukan rievew terhadap referensi dan kebijakan lain .

5.3.5. Legitimasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Proses legitimasi kebijakan meliputi proses dukungan aktor-aktor pembuat kebijakan dan penetapan kebijakan menjadi suatu aturan yang syah. Hasil wawancara proses ini melibatkan banyak pihak baik dari pemerintah maupun stakeholder.

Berikut Petikan informan:

“Ini Rapat berkali-kali tidak bisa sehari maupun sebulan jadi ini selama 9 bulan”.(P2)

“Pemerintah maupun stakeholder ikut dalam menentukan kebijakan ini”.(P3)

“Rasanya kementerian dan turunannya dan organisasi profesi”. (P6)

“Semua terlibat ya, dari awal formulasi juga kita dilibatkan”.(P8)

Berbeda dengan ketiga informan, salah satu informan menjawab perlibatan organisasinya belum optimal pada saat formulasi Permenkes 161, Berikut petikan jawaban informan:

“Semua terlibat kalau di 1796, kalau 161 saya kurang Paham betul.”(P6)

Penetapan keputusan akhir kebijakan registrasi tenaga kesehatan berada di Menteri Kesehatan dengan penyiapan draft akhir oleh Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan RI dengan beberapa proses analisis dan pengkajian yang dilakukan di unit tersebut. Berikut petikan jawaban informan:

“Sebelum dilakukan pengesahan sudah disoundingkan peraturan tersebut... Semua perundangan di kementerian kesehatan letaknya di Hukor. Pengesahan oleh Menteri Kesehatan kita pun tidak terlibat”. (P1)

“Yang memfinalkan adalah Hukor dengan MTKI dan MTKP dan Pemerintah”.(P2)

“Sebaiknya ditanyakan pada Biro Hukor”. (P4)

“Hukor Kementerian Kesehatan yang berperan dalam prosesnya. Kita tidak dilibatkan dalam keputusan akhir karena memang itu merupakan kewenangan Pemerintah, namun semua itu sudah di komunikasikan dengan kita.”(P6)

“Rasanya Pemerintah ya.... Karena Waktu Peraturan nomor 149 tentang Registrasi Bidan, disebutkan beberapa kewenangan Bidan yang dibatasi tanpa dikomunikasi dengan profesi, ini sepertinya juga bagian dari kepentingan tertentu... tapi ya gimana ya, yang punya kewenangan kan Pemerintah”.(P7)

“Kita Profesi memberikan masukan dalam bentuk draft”.(P8)

Ada kepentingan tertentu ada yg tidak fair terhadap kepentingan

Dalam proses legitimasi, komunikasi kebijakan dilakukan dengan rapat-rapat pembahasan dan sosialisasi. Berikut petikan jawaban informan:

“Setelah selesai 161, dengan penginformasian kembali”.(P1)

“Yang sudah saya sampaikan tadi dengan Sosialisasi di 3 regional batam bandung dan makasar semua OP dinkes provinsi dan institusi pendidikan diundang”.(P2)

“Komunikasi keputusan akhir kita lakukan kembali dengan rapat, kemudian hasil rapat kita komunikasikan kembali dengan unit-unit terkait melalui email maupun telepon”.(P5)

“Secara Final untuk 161 belum terinformasi secara jelas, misalkan kita tidak mengetahui kalau ternyata untuk duduk di MTKI harus “full time”, dan kita berfikir bahwa kita berbentuk komite dengan memiliki tim, ternyata tidak”.(P6)

“Sosialisasi ya, kita dikumpulkan dan juga diminta untuk mensosialisasikan ke tingkat cabang”.(P8)

Proses Legitimasi dalam kebijakan ini menunjukkan bahwa terdapat elit tertentu sebagai aktor kebijakan yang merasa memiliki kekuasaan sebagai pemutus tunggal kebijakan. Formulasi kebijakan pada negara sentralisasi formulasi kebijakan biasanya terjadi berdasarkan arahan elit tertentu, menggunakan pendekatan “top down”. Ketiadaan organisasi politik oposisi tertentu, “interest group” dan media yang bebas mengakibatkan pengaruh yang besar oleh eselon di birokrasi maupun politik. Pengambilan keputusan hanya berdasarkan intuisi, ideologi dan proses “take & give” tanpa teknik analisis kebijakan. (Gulhati, 1990 dalam Corkley 1995).

Negara kita yang menganut sistem desentralisasi seyogyanya dalam pengambilan keputusan menggunakan pendekatan bottom up dimana tidak berdasarkan arahan elit tertentu. Namun semua hal memungkinkan karena teori-teori kebijakan yang berkembang terdapat model-model formulasi kebijakan yang salahsatunya adalah model elite dimana Model formulasi ini merupakan proses memformulasikan sebagai abstraksi dari elit yang berkuasa. Dalam model ini menyebutkan bahwa dalam masyarakat terdapat dua kelompok, pertama kelompok masyarakat yang berkuasa (elit) dan kedua kelompok masyarakat yang dikuasai. Dalam model ini, kebijakan yang dihasilkan mempunyai berbagai kepentingan elit yang berkuasa dari tuntutan publik, karena rumusan kebijakan yang dihasilkan untuk mempertahankan kekuasaannya, kebijakan yang menguntungkan dirinya dan mengeyampingkan partisipasi publik.

5.3.6. Rancangan Implementasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Rancangan Implementasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan dibuat bersamaan dengan formulasi kebijakan.

Berikut petikan jawaban informan:

“Kalau strateginya dulu sudah dibuat makanya terbitnya indikator di rencana aksi Kalau strateginya dulu sudah dibuat makanya terbitnya indikator di rencana aksi”.(P1)

“Sebelum 1796 kita melakukan rencana uji kompetensi paling lambat tahun 2013 dalam pasal 34”.(P2)

Rancangan Implementasi jelas dibuat pada saat dibuat peraturannya, dirancang untuk mengetahui kapan ini dijalankan”.(P4)

“Strategi implementasi dibuat dan disusun bersamaan dengan peraturan saat dibuat”.(P6)

“Strategi implementasi itu orang mtki yang membuat kita yg ter kena strategi”. (P7)

“Kalau OP kita memiliki strategi sendiri untuk pelaksanaan kebijakan ini, kalau strategi pelaksanaan kebijakan ini di Pusat tentunya juga sudah dibuat”. (P8)

Proses pembuatan rencana implementasi sudah baik berjalan karena menjadi bagian dari proses formulasi kebijakan ini. Namun Persiapan sumber daya belum semuanya terlaksana, baik secara fasilitas dan sumber daya.

Berikut petikan jawaban informan:

“Ada sudah di atas. Perkara ada perubahan tempat, itu memang yang namanya perencana memang terkadang tidak pas. Dahulu kita minta di lantai 8, kendala banyak salahsatunya anggaran”.(P1)

Sudah disiapkan karena kan MTKP di setiap daerah juga sudah dibentuk”.(P3)

“Terus terang, untuk ketersediaan sumber daya jauh dari cukup, dan fasilitas terbatas, baik SDM maupun ruangan terbatas. Bayangkan di Pusat saja untuk gedung saja hanya satu lantai, padahal kita membutuhkan tempat untuk penyimpanan dan pengolahan berkas, kita seharusnya membutuhkan satu gedung bukan satu lantai. Di pusat saja terbatas apalagi di daerah. MTKP saja masih menumpang di Dinas Kesehatan Provinsi. Sekitar 40 % MTKP berada di Dinas Kesehatan”.(P6)

“Itu bukan kewenangan kita yang menjawab, tapi sepengetahuan saya standarisasi-standarisasi belum dilakukan seperti tempat uji, penguji, soal uji, setting uji kompetensi dan bank soal belum ada”.(P7)

“Kalau Profesi, kita sudah menyiapkan segala sesuatunya ya...”(P8).

Kesiapan pelaksanaan registrasi tenaga kesehatan ini masih belum memadai, baik sumber daya manusia maupun fasilitas yang mendukung belum sepenuhnya ada. Seharusnya dalam formulasi kebijakan ini Pemerintah telah mempertimbangkan sumber daya dan fasilitas untuk menunjang implementasi kebijakan ini. Menurut Edward III (1980) dan Donald S. VanMeter & Carl E Van Horn (1975) dalam Nawawi (2009) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya, baik sumber daya manusia, material dan metoda.

Secara umum rancangan implementasi sudah dipersiapkan dengan baik bersamaan dengan formulasi kebijakan ini. Pelaksanaan registrasi dengan uji kompetensi mengalami penundaan pelaksanaan hal ini karena sumber daya yang mendukung implementasi kebijakan belum memadai. Pertimbangan sumber daya dalam Formulasi kebijakan ini belum optimal.

5.3.7. Rancangan Evaluasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan

Rancangan Evaluasi dan bentuk koordinasi kebijakan dibuat selama proses formulasi kebijakan ini.

Berikut petikan jawaban informan:

“161 sudah diperhitungkan semua, sebaiknya untuk implementasi 1796 silahkan tanya kepada MTKI”.(P1)

“Kita harapkan patuhnya karena kita sudah sosialisasi dan semua mendukung, dalam pasal 2 ayat 1 bahwa setiap tenaga kesehatan wajib memiliki STR, di Provinsi ada MTKP yang merupakan perpanjangan MTKI. Kan ada rapat tahunan, institusi juga melalui email kalau ada masalah dengan koordinasi. Dalam kegiatan MTKI ada pelaksanaan uji kompetensi, ada monev dan ada dananya evaluasi monitoring, supervisi dan pelaporan” (P2)

“Belum banyak evaluasi karena baru memulai pemutihan sedangkan untuk uji kompetensi belum dilakukan. Pada Dasarnya mekanisme evaluasi sudah ditentukan dan telah tercakup di Peraturan.”(P5)

“Sebenarnya dari kita sudah patuh-patuh karena sudah banyak yang memasukkan data untuk registrasi. (P6) Ada, tapi pelaksanaannya masih belum Kalau anggota kita itu loyal, kan ini juga kebutuhan untuk mereka agar bisa praktek” (P7)

Evaluasi kebijakan yang meliputi proses dan mekanismenya telah ada dalam kebijakan ini yang dituangkan secara normatif di Permenkes nomor 1796 tahun 2012. Dalam Permenkes 1796 Bab V tentang Pembinaan dan Pengawasan ayat 1 dan 2 disampaikan bahwa dalam pembinaan dan pengawasan .

(1) Pemerintah, pemerintah daerah, MTKI, MTKP dan organisasi profesi melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan praktik/pekerjaan yang dilakukan tenaga kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya.

(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:

- a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga kesehatan;
- b. melindungi masyarakat atas tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan tenaga kesehatan

5.3.8. Reformulasi Kebijakan

Reformulasi kebijakan merupakan bagian proses formulasi kebijakan. Reformulasi kebijakan memiliki pertimbangan tertentu agar kebijakan yang ada lebih baik lagi. Kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian mengalami perubahan berupa mekanisme uji kompetensi dan sistem administrasi MTKI.

Berikut petikan jawaban informan:

“Perubahan terjadi setelah MTKI terbentuk, tentang perubahan masa kerja MTKI dibuat 5 tahun dahulu 3 tahun dengan anggapan bila terjadi kesalahan dapat dipilih ulang. Permenkes 1796 juga tidak bisa dilaksanakan tahun 2012, Terjadi pemunduran waktu dan perubahan jadwal dilihat dari kemampuan, yang mengetahui MTKI dan Bidang Standarisasi.”(P1)

“161 uji kompetensi untuk yang sudah lulus. Contoh dokter yang telah lulus dari fakultas menjadi sarjana yang belum lulus uji siapa yang membimbingnya tidak ada karena sudah keluar dari pendidikannya. Oleh karena itu kita memberikan tanggung jawab kepada institusi tidak meluluskan tenaga kesehatan sebelum lulus uji kompetensi. Exit exam akan disepakati 2 institusi akan dikeluarkan SKB untuk pelaksanaan ini. Prosesnya adalah kita duduk bareng antara Kemkes dan Kemendikbud. Proses rapat terus kebijakan sekitar satu tahun merumuskan kebijakan 1796, sekitar 9 bulan.”(P2)

“Yang jelas adanya exit exam, uji kompetensi dilakukan bagi peserta didik sebelum lulus dari pendidikannya.”(P3)

“Yang terpenting adanya uji kompetensi dilakukan saat belum lulus universitas atau disebut “exit exam”.”(P4)

“Adanya perubahan dari 161 menjadi 1796 merupakan pertimbangan agar lebih efisien dan tidak menyulitkan, dimana adanya perubahan tentang ketentuan mengenai MTKI, peraturan sertifikat kompetensi dan kebijakan “exit exam”.”(P5)

“Exit Exam ya..... perubahan yang terpenting itu...”(P6)

“Pada dasarnya isinya samanya yang berbeda hanya masa kerja MTKI dan adanya Exit Exam”.”(P1)

“Vocal Point itu memang MTKI, Kemenkes kemendikbud buk, op, institusi pendidikan, MTKP dan dinas kesehatan provinsi dan berjenjang dan bertingkat. Di dinas juga mengundang dinas kabupaten kota, rumahsakit di daerah dan institusi pendidikan”.”(P2)

“Ya, Pemerintah melakukan reformulasi karena adanya masukan dan keluhan saat sosialisasi Permenkes 161 di beberapa daerah kemudian dianggap “unimplemented”. Tapi sebenarnya terjadi perubahan lebih banyak dominasi seseorang yang dibalikannya sepertinya didukung oleh sekelompok tertentu”.”(P3)

“Kebijakan 161 telah ditinjau ulang dan ada perubahan terjadi lebih kepada mekanisme kerja dan alur kerja proses registrasi, untuk uji kompetensi dilakukan sebelum lulus dari pendidikan”.”(P6)

“Government yang meninjau dan merasakan bahwa 161 perlu untuk direvisi” (P7)

“Di 161 itu ada yang tidak benar, menyalahi aturan, di kebijakan ini Standar kompetensi disahkan oleh Menteri Kesehatan, seharusnya oleh Profesi itu sendiri “(P8)

Reformulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian sudah tepat dilakukan Pemerintah. Pemerintah dengan stakeholder terkait melakukan perbaikan sistem administrasi dari uji kompetensi.

Kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian mengalami perubahan bentuk uji kompetensi. Pada Permenkes nomor 161 tahun 2010 uji kompetensi dilakukan pada tenaga kesehatan yang telah lulus dari pendidikan, sedangkan pada permenkes 1796 tahun 2011 pelaksanaan uji kompetensi bagi tenaga kesehatan diperuntukkan bagi peserta didik di bidang tenaga kesehatan bersamaan dengan ujian akhir seperti yang terdapat

dalam pasal 6 ayat (1) bahwa Pelaksanaan uji kompetensi dilakukan oleh perguruan tinggi bidang kesehatan yang telah terakreditasi dari badan yang berwenang, bersamaan dengan pelaksanaan ujian akhir.

Pertimbangan pemerintah untuk melakukan uji kompetensi melalui “exit exam” dapat diasumsikan peneliti berdasarkan pertimbangan di beberapa negara yang menyebutkan bahwa pre registrasi lebih lebih efisien dan efektif dengan memberikan lulusan tenaga yang benar-benar berkualitas menurut Lucy Gibson, et al (2008). Pendapat lain mengungkapkan bahwa dengan meningkatkan kualitas pendidikan tenaga kesehatan lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan melalui proses registrasi (Carigan Cate, 2008).

Secara teori terlihat bahwa regulasi tenaga kesehatan seharusnya merupakan inisiatif dari profesi dan dijalankan oleh profesi. Namun hal ini memungkinkan adanya kondisi monopoli. Misalnya adalah Badan regulasi akan cenderung melindungi tenaga kesehatan sesuai dengan profesinya atau dapat dikatakan bahwa memungkinkan terjadinya tendensi perlindungan “interests of professionals”. Dan bila ini terjadi, perlindungan terhadap masyarakat akan tidak optimal.

5.3.9 Aktor Kebijakan

Dari hasil wawancara, menunjukkan bahwa aktor yang lebih banyak berperan adalah Pemerintah dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan bukan Organisasi Profesi .

Berikut petikan jawaban informan:

“Yang pasti inisiasi dari Pemerintah karena Pemerintah adalah lembaga yang berwenang, OP perannya juga besar, dalam setiap pembahasan selalu melibatkan OP. Tapi memang tidak selalu dilibatkan, tergantung jenis pembahasan, misalkan lintas departemen, atau internal kementerian kan tidak harus dilibatkan”.(P3)

“Terus terang di 161 di Organisasi kami ketika ditanyakan apakah dilibatkan belum mendapat jawaban, apakah memang yang diundang tidak paham atau tidak mengetahui secara detail... berbeda dengan 1796, sudah cukup baik karena kita berada di kelompok yang besar, maka mau tidak mau semua keinginan OP kita tidak terakomodasi, namun kami menyadari yang terpenting adalah tujuannya untuk kepetingan bersama”.(P6)

“Kita dilibatkan dari sejak awal dimana kita dari awal diminta membuat body of knowledge profesi kita, melakukan uji coba uji kompetensi dan membuat soal”.(P8)

Menurut Ackers (1968) yang dikutip oleh Strong, Denise (2005) menyebutkan bahwa selain pemerintah, aktor yang berperan dalam kebijakan regulasi tentang profesi atau tenaga kesehatan adalah organisasi profesi, dimana organisasi profesi memiliki peran dominan dalam pengembangan regulasi maupun legislasi profesinya.

Pemerintah merasa perlu berperan besar dalam kebijakan ini, karena berdasarkan Undang-Undang 1945 Pemerintah berkewajiban dalam regulasi. Pendapat ini bisa saja dibenarkan dalam kebijakan registrasi tenaga kesehatan karena berdasarkan beberapa studi mempertanyakan efektifitas peran professional dalam regulasi tenaga kesehatan. Apakah semata hanya kebutuhan nilai-nilai profesi atau memang untuk kepentingan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Regulasi tenaga kesehatan menempatkan profesi tenaga kesehatan dan pemerintah sebagai yang bertanggung jawab dalam menjembatani kepentingan masyarakat atau “*public interest*”. (Hogan, 1983; Lewis & Lewis, 1970). Nilai-nilai keprofesian dan tanggung jawabnya telah menjadi subyek diskusi dalam administrasi Publik. (Mosher, 1982). Peran nilai-nilai profesional bermain dalam diskresi administrasi, dan Badan regulasi tenaga kesehatan merupakan cerminan dari administrasi besar yang merefleksikan interaksi kepentingan nilai-nilai profesi dan kepentingan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan.

Secara teori terlihat bahwa regulasi tenaga kesehatan seharusnya merupakan inisiatif dari profesi dan dijalankan oleh profesi. Namun hal ini memungkinkan adanya kondisi monopoli. Misalnya adalah Badan regulasi akan cenderung melindungi tenaga kesehatan sesuai dengan profesinya atau dapat dikatakan bahwa memungkinkan terjadinya tendensi perlindungan “*interests of professionals*”. Dan bila ini terjadi, perlindungan terhadap masyarakat akan menurun dimana hal ini mungkin juga menjadi pertimbangan Pemerintah dalam peranannya yang lebih banyak dalam kebijakan ini.

Dalam kebijakan yang sifatnya mengikat, Pemerintah dapat saja yang berperan besar dalam kebijakan guna kebaikan masyarakat bukan kepentingan elit tertentu.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan:

1. Formulasi kebijakan registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian dilakukan melalui proses identifikasi masalah yang melalui tahapan kompromi dalam mencari pemecahan permasalahan secara bersama-sama. Agenda setting kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan melalui pertimbangan-pertimbangan baik secara politik, sosial, ekonomi dan analisis dilakukan dengan rapat-rapat pembahasan. Proses formulasi proposal meliputi penetapan tujuan bersama-sama dengan melakukan harmonisasi dan sinkronisasi kebijakan lainnya dan kajian kebijakan di negara-negara lain. Proses legitimasi yang meliputi proses penetapan keputusan akhir kebijakan registrasi tenaga kesehatan berada di Menteri Kesehatan dengan penyiapan draft akhir oleh Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan RI dengan beberapa proses analisis dan pengkajian yang dilakukan di unit tersebut. Rancangan implementasi kebijakan sudah dipersiapkan bersamaan dengan proses formulasi kebijakan ini, namun terjadi penundaan pelaksanaan hal ini karena sumber daya yang mendukung implementasi kebijakan belum memadai baik SDM, Sarana Prasarana dan Metoda. Pertimbangan sumber daya dalam Formulasi kebijakan ini belum optimal. Rancangan Evaluasi dituangkan secara nornatif di Permenkes nomor 1796 tahun 2012. Dalam Permenkes 1796 Bab V tentang Pembinaan dan Pengawasan ayat 1 dan 2 disampaikan bahwa dalam pembinaan dan pengawasan
2. Pembuat kebijakan atau aktor yang berperan dalam merumuskan kebijakan ini adalah pemerintah dengan stakeholder. Stakeholder dalam hal ini adalah Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan sebagai "*self interest*". Pemerintah yaitu Kementerian Kesehatan lebih banyak berperan dalam formulasi kebijakan ini karena pemerintah merupakan regulator dan sebagai "*public interest*".

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Kementerian Kesehatan

1. Perlu meningkatkan pertimbangan SDM baik dalam jumlah maupun kualitas, sarana prasarana dan metoda secara tepat dan baik dalam proses formulasi kebijakan lainnya agar pelaksanaan kebijakan ini sesuai dengan target yang akan dicapai.
2. Meningkatkan koordinasi dan kerjasama baik dengan Organisasi Profesi sebagai stakeholder dan instansi Pemerintah lain dalam formulasi kebijakan yang terkait dengan pengaturan tenaga kesehatan.

6.2.2. Organisasi Profesi Kesehatan

Meningkatkan sosialisasi kebijakan pemerintah khususnya pentingnya pelaksanaan registrasi tenaga kesehatan bagi anggotanya di setiap daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.(2010).*Registrasi Tenaga Kesehatan*.March 16,2011.
<http://bataviase.co.id/node/491353>
- Anonim.(2003). *Malpraktik Tenaga Kesehatan, Siapa yang harus Bertanggung Jawab?*.March 14, 2001. http://stunica.11.forumer.com/a/malpraktik-tenaga-kesehatansiapa-yg-hrs-bertanggung-jawab_post8.html
- Anonim.Profil Tenaga Kesehatan.http www.bankdata.depkes.go.id
- Anonim.2009. National registration and accreditation scheme for health professions. [The Queensland Nurse 28. 1](#) (Feb 2009): 16-17.
- Ayuningtyas Dumilah.(2008).*Black Box of Policy-Making System and its Influencing Factors*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan .volume 11 No. 02 Halaman 44 - 48
- Bram Steijn & Lars Tummers.(2010).*Explaining willingness of Public Policies: Content, Context and Personality Characteristics*. Victor Bekkers, 2010 Dept.of Public Administration Erasmus University Rotterdam
- Browson, et all.(2009). *Understanding Evidence-Based Public Health Policy*. American Journal of Public Health. Vol 99 No: 9
- Carrigan, Cate. (2008). *Eight into one National Registration*. [Australian Nursing Journal 15. 11](#) (Jun 2008): 24-7.
- David Besong Tataw & Bernardo Rosa-Lugo JR. *Municipal Health Policy Development, Planning, and Implementation: Adressing Youth Risk Factors Through Participatory Governance*. The Community Wellness Partnership of Pomona . JHSA SPRING 2011
- Deborah Haas Wilson. *The Regulation of Health Care Professionals Other than Physicians*.
- Dwiyanto Indiahono, S. S., M.Si, (Ed.) (2009) *Kebijakan Publik, Berbasis Dynamic Policy Analysis*, Gava Media, Yogyakarta.
- Ellen R. Shaffer, e. a. (2005). *Global Trade and Public Health*. *American Journal of Public Health* , 23-34

- Ermin Erasmus & Lucy Gilson.(2008). *How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation* Johannesburg 2000, South Africa.
- Fatmah I. 8 Oktober 2010. SDM Bidang Kesehatan dan MDGs: Catatan dari Konferensi Kesehatan Asia Pasifik Ke lima. <http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2010/10/08/sdm-bidang-kesehatan-danmdgs/>. Diunduh pada tanggal 5 Maret 2011.
- Fealy, G.M., et all. (2009). *Models of initial training and pathways to registration: a selective review of policy in professional regulation*. Journal of Nursing Management 17, 730–738
- Finocchio L, et al.(1999).*Strengthening consumer protection: reforming state-based health care workforce regulation*.*Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet*. 1999; 16: 414-5. Center for the Health Professions, University of California, San Francisco 94118, USA.Jongo, et al.2010. *Enhancing Professional regulation in the Philippines through an efficient beuracracy*. <http://mpmstudent.wordpress.com/2010/06/10/enhancing-professional-regulation-in-the-philippines-through-an-efficient-bureaucracy/>
- Hurst, Keith. (2003). *Professional self-regulation in the context of clinical governance*.*International Journal of Health Care Quality Assurance*; 2003; 16, 4/5; ProQuest pg. 199
- Joan Corkey et,al.(1995). *The Process of Policy ormulation: A Study Based on Introduction of Cost Sharing for Education in Three African Countries*. Den HaaG: European Centre for Development Policy Management
- Kementerian Kesehatan.(2010). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014.
- Kementerian Kesehatan.(2010). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor:161 Tahun 2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
- Kementerian Kesehatan.(2011). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor:1796 Tahun 2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
- Kent Buse, et all.(2005).*Making Health Policy*. London: London School of Hygene & Tropical Medicine
- Kusumanegara S.(2010). *Model dan Aktor dalam Proses Kebijakan publik*. Jakarta: Gava Media page : 121

- Leo Agustino, S. S., M.Si, (Ed.) (2008) *Dasar - Dasar Kebijakan Publik*, Alfabeta, Bandung.
- Lucy Gilson, et al.(2008). Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. *Health Policy and Planning* 2008;23:291–293
doi:10.1093/heapol/czn025
- Matheson, Craig.(2009). Understanding the Policy Process: The Work of Henry Mintzberg.*Public Administration Review* 69.6.(Nov/Dec 2009): 1148-1161
- Nawawi, Ismail.(2009). *Public Policy, Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*, PMN, Putra Media NUsantara, Surabaya.
- Nurhayati,Rahmah.(2007). Pengaruh Sikap dan Motivasi Terhadap Minat Bidan Mengikuti Uji Kompetensi di Kota Semarang Tahun 2007. Semarang: Universitas Dipenogoro
- Pearson A. (2005) *Registration, regulation and competence in nursing*.*International Journal of Nursing Practice* 11 (5), 191–192.
- Schmidt, Melanie.(2010).*Generating Political Priority to Tackle Health Disparities: A Case Study in the Dutch City of The Hague*. *American Journal of Public Health*, suppl. Supplement 1 100. S1 (2010): 210-5.
- Sheila Kennelly McGinnis.(2002). *Coordinating among Health Care Stakeholders:Effects on State Health Policy Choice*. *Journal of Health and Human Services Administration* 25. 1/2 (Summer 2002): 137-65
- Siti Hayati. (2003). *Analisis hubungan akreditasi dengan mutu lulusan program diploma III pendidikan tenaga kesehatan di Propinsi DKI Jakarta tahun 2002*.
<http://www.lontar.ui.ac.id//opac/themes/libri2/detail.jsp?id=78573&lokasi=lokal>
- Skolnik Richard.2012. *Global Health* 101.Burlintong: Jones& Barlett Learning. 2nd edition.P; 99 – 106
- Strong, Denise. (2005). Enforcement of Commercial Violations by Health Professional Regulatory Boards: A Research Note [Journal of Health and Human Services Administration](#) 28. 3/4 (Winter 2005/Spring 2006): 366-85
- Stewart, Hugh.(2007). Effects of reform of professional regulation. . GP (Apr 13, 2007): 50-51.
- Subarsono,AG. (2005) *Analisis Kebijakan Publik, Konsep, Teori dan Aplikasi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Sugiyono.(2010).*Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV Alfabeta

William Dunn.(1998). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Winarno Budi.(2012) *Kebijakan Publik, Teori, Proses, Dan Studi Kasus*, PT.Buku Seru, Jakarta.

Yunping Wang.(2008). *The Policy Process and Context of Rural New Cooperative Medical Scheme and Medical Financial Assistance in China*. *Studies in HSO&P*, 23, 2008

**PENJELASAN WAWANCARA MENDALAM
(INDEPT INTERVIEW)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Anny Fadmawaty
Umur : 31 Tahun
Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Kebijakan dan hukum Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Alamat : Jl. Mustang No. 12 Rt. 05/03 Mekarsari, Neglasari Tangerang
Banten

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu untuk bersedia menjadi Informan dalam Penelitian Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan sebagai bagian tugas akhir program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI.

Kegiatan wawancara ini bertujuan untuk memahami hal hal yang terkait dengan Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan. Informasi yang Bapak/ibu berikan akan saya jaga kerahasiaanya. Bapak/ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama wawancara ini Bapak/ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan Bapak/ibu saya mengucapkan terimakasih.

Jakarta, 2012

Hormat saya,

Anny Fadmawaty

SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI INFORMAN DALAM KEBIJAKAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR: 1796/MENKES/PER/VIII/2011
TENTANG
REGISTRASI TENAGA KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :

Umur :

Alamat/no kontak yang dapat dihubungi :

.....

Menyatakan bahwa :

1. Telah mendapat penjelasan tentang wawancara yang akan dilakukan terkait kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari pewawancara.
3. Memahami tujuan dan manfaat dari dilakukannya wawancara tentang kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan

Dengan pertimbangan di atas, saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun bahwa saya **bersedia/tidak** bersedia berpartisipasi menjadi informan dalam wawancara ini.

Kota.....,2012

Yang membuat pernyataan,

(.....)



UNIVERSITAS INDONESIA

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR: 1796/MENKES/PER/VIII/2011
TENTANG REGISTRASI TENAGA KESEHATAN**

PEDOMAN WAWANCARA

<i>No</i>	<i>Informan</i>	<i>Aspek</i>	<i>Pertanyaan</i>
1	<p>Kepala Biro Hukor Kementerian Kesehatan, Kepala Pusat Standarisasi, Sertifikasi dan Pendidikan Berkelanjutan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Ketua MTKI, Ketua DPP Organisasi Profesi IBI, PPNI, HAKLI, PERSAGI</p>	<p>Umum</p>	<p>a. Apakah yang mendasari pembuatan kebijakan registrasi tenaga kesehatan?</p> <p>b. Apakah ada isu yang berkembang di masyarakat terkait registrasi tenaga kesehatan sebelum kebijakan dibuat?</p> <p>c. Siapa saja yang setuju isu ini menjadi Kebijakan? Adakah yang tidak setuju? Apakah terdapat kepentingan dari kelompok tertentu? Apakah terdapat ancaman bagi kepentingan tertentu dan sejauh mana?</p> <p>d. Bagaimana proses kompromi dan lobi-lobi anatar kepnting baik yang setuju maupun tidak setuju terhadap kebijakan ini? Bagaimana Proses kesepakatan yang terjadi?</p> <p>e. Bagaimanakah menurut Bapak/Ibu isi dokumen kajian yang dapat menjadi acuan pembuatan kebijakan? Desain apa yang tepat? Ruang lingkup apa saja yang harus ada? Apakah sasaran? Nilai-nilai apa yang harus tercakup?</p> <p>f. Apa yang mendasari perubahan Peraturan sebelumnya dan bagaimana proses formulasi kebijakan yang terjadi?</p>
			<p>a. Tujuan dari kebijakan ini adalah untuk menjamin mutu tenaga kesehatan, bagaimana proses dan pelaksanaan kebijakan ini?</p> <p>b. Seberapa besar peran Pemerintah dalam menginisiasi kebijakan ini? Mengapa Pemerintah</p>

			<p><i>merasa perlu dalam menginisiasi kebijakan ini</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>a. Apakah rujukan bentuk registrasi yang ada di indonesia?</i> <i>b. Dalam beberapa literatur didapatkan adanya” self regulation” mengapa pemerintah merasa perlu membentuk regulasi nasional untuk tenaga kesehatan?</i> <i>c. Apakah tujuan dari dibentuknya kebijakan ini? Apakah ada kaitannya dengan peningkatan mutu pelayanan tenaga kesehatan bagi masyarakat? Apakah akan menaikkan tarif tenaga kesehatan yang telah terregistrasi? Apakah masyarakat dapat memberikan komplain terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang teregistrasi? Dan bagaimanakah informasi ini dapat berkembang di masyarakat?</i> <i>d. Apa fokus dari kebijakan ini? (kualitas pelayanan dan kepastian kompetensi tenaga kesehatan)</i> <i>e. Adakah Badan atau LSM lain yang memantau proses registrasi tenaga kesehatan? iya/tidak? Mengapa?</i> <i>f. Bagaimana pembiayaan proses registrasi tenaga kesehatan? apa yang menjadi pertimbangan bentuk pembiayaan tersebut?</i> <i>g. Apa saja tahapan pembuatan kebijakan ini?Apakah kebijakan ini sudah dilakukan sistematis review terhadap peraturan dan kebijakan lain?apakah telah dilakukan sinkronisasi terhadap hukum positif yang ada? Bagaimana proses dan mekanisme penyusunan kebijakan registrasi tenaga kesehatan ini? Apakah sudah sesuai dengan aturan yang ada?</i> <i>h. Menurut Bapak atau Ibu, faktor apa saja yang</i>
--	--	--	---

			<p>mempengaruhi yang akan mempengaruhi implementasi kebijakan ini?</p> <p>i. Bagaimana Peran masing-masing pembuat kebijakan? Bagaimana cara mengharmonisasi peran pembuat kebijakan ini?</p>
--	--	--	---

No	Informan	Aspek	Pertanyaan
.			<p>A. Identifikasi Masalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah isu / masalah registrasi tenaga kesehatan di luar dokter, dokter gigi dan tenaga kefarmasian telah diidentifikasi? Apakah dicari pemecahan permasalahan yang ada dan oleh siapa? 2. Dalam konteks apa isu atau masalah ini dikaji? 3. Apakah masalah yang ada dilihat sebagai satu yang bisa ditangani secara terpisah, atau dalam konteks yang lebih luas? Jika dalam konteks yang luas, apakah terdapat keterkaitan dengan pelaku / stakeholder di luar kebijakan baik secara langsung maupun tidak telah diidentifikasi? Apa implikasi hal ini miliki untuk tahap lebih lanjut dari proses kebijakan tersebut? 4. Bagaimana awal permasalahan dieksplorasi dan oleh siapa? 5. Apa faktor penyebab atau masalah diidentifikasi dan dipertimbangkan, dan oleh siapa? <p>B. Agenda Setting</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdasarkan pertimbangan apa

			<p><i>permasalahan ini diangkat menjadi objek kebijakan?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Berapakah pilihan kebijakan yang diidentifikasi? jika tidak ada mengapa tidak dilakukan? Jika ada berapa dan oleh siapa?</i> 3. <i>Dalam mengidentifikasi pilihan apa referensi, jika ada, dibuat untuk mengalami masalah yang sifatnya nasional, internasional (terutama di negara-negara dengan tingkat perkembangan sama)?</i> <p><i>C. Perumusan Proposal Kebijakan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Adakah pertimbangan politik (reaksi publik misalnya, komitmen kepemimpinan) yang dipertimbangkan?</i> 2. <i>Apakah pertimbangan sosial (misalnya dampak pada masyarakat baik di pusat maupun daerah, di berbagai kelompok, seperti tenaga kesehatan itu sendiri dan rumah sakit) turut diperhitungkan? Dan bagaimana caranya?</i> 3. <i>Apakah kriteria ekonomi, (misalnya biaya dan manfaat bagi pemerintah, kelompok dan individu) yang diterapkan?</i> 4. <i>Pertimbangan kelembagaan/institusional apa (misalnya ketersediaan SDM yang cukup sesuai dengan kapasitas; adanya sistem dan prosedur yang memadai) juga telah dipertimbangkan?</i> 5. <i>Apakah dilakukan kesesuaian (harmonisasi) dengan kebijakan yang ada di internal dan sektor terkait lain dalam hal kesesuaian masing-masing?</i> 6. <i>Apa pertimbangan diberikan kepada kemungkinan efek spill-over kebijakan terkait?</i> 7. <i>Siapa / apa lembaga yang terlibat dalam</i>
--	--	--	---

			<p><i>penentuan kebijakan?</i></p> <p>8. <i>Apakah tujuan kebijakan diartikulasikan?</i></p> <p>9. <i>Apakah tujuan kebijakan telah termasuk kuantifikasi output yang diharapkan; kualitatif deskripsi hasil yang diharapkan (sikap, persepsi, dll)?</i></p> <p>10. <i>Siapa / lembaga apa yang terlibat dalam proses menentukan tujuan kebijakan?</i></p> <p><i>D. Legitimasi Kebijakan</i></p> <p>1. <i>Siapa/lembaga apa saja yang terlibat dalam proses keputusan akhir dan peran spesifik seperti apa dalam setiap keputusan?</i></p> <p>2. <i>Masukan seperti apa dalam proses keputusan (memorandum atau makalah) yang digunakan, oleh siapa yang menyusun dan menyajikan?</i></p> <p>3. <i>Dalam prosesnya, apakah aktor terlibat dalam keputusan akhir dan apakah terdapat komunikasi dalam pembuatan keputusan. Dalam bentuk seperti apa (dalam setiap tahap) digunakan untuk mencapai keputusan? (debat, lintas konsultasi atau kerja komite?</i></p> <p>4. <i>Dengan mekanisme apa keputusan kebijakan dikomunikasikan dan bagaimana?</i></p> <p><i>E. Implementasi Kebijakan</i></p> <p>1. <i>Apakah strategi implementasi dirancang?</i></p> <p>2. <i>Apakah rancangan implementasi merupakan bagian dari proses perumusan kebijakan atau dilakukan setelah didapatkan keputusan?</i></p> <p>3. <i>Apakah itu bagian dari keputusan asli, siapa yang membuat, kapan strategi implementasi dimulai?</i></p> <p>4. <i>Apakah ada penjadwalan kegiatan dan</i></p>
--	--	--	---

			<p><i>distribusi peran/ tanggung jawab untuk setiap kegiatan?</i></p> <p>5. <i>Apakah sumber daya dan tempat yang mudah diakses telah tersedia?</i></p> <p>6. <i>Bagaiman mekanisme untuk koordinasi dan kepatuhan implementasi kebijakan ini diberlakukan?</i></p> <p><i>F. Evaluasi</i></p> <p>1. <i>Apakah pemantauan dan umpan balik mekanisme / prosedur yang ditetapkan?</i></p> <p>2. <i>Apakah mekanisme itu diberlakukan untuk memfasilitasi pemanfaatan informasi diperoleh dari pemantauan dan umpan balik?</i></p> <p>3. <i>Apakah kebijakan tersebut telah ditinjau dan apakah ada reformulasi kebijakan? Jika ya, siapa aktor yang terlibat,apa memproses untuk meninjau / reformulasi?</i></p>
--	--	--	---

