



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

BUNGA RAMPAI KINERJA PEMBANGUNAN KESEHATAN DI INDONESIA

Tantangan, Masalah, dan Solusi

Editor:

dr. Siswanto, MHP, DTMH
Dr. dr. Harimat Hendarwan, M.Kes
Nunik Kusumawardani, M.Sc., P.H., Dr. P.H
Prof. Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med



LEMBAGA PENERBIT
LEMBAGA PENERBIT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
2020



BUNGA RAMPAI
KINERJA PEMBANGUNAN
KESEHATAN DI INDONESIA:
Tantangan, Masalah, dan Solusi

Editor:

dr. Siswanto, MHP, DTMH

Dr. dr. Harimat Hendarwan, M.Kes

Nunik Kusumawardani, M.Sc., P.H., Dr. P.H

Prof. Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

**BUNGA RAMPAI
KINERJA PEMBANGUNAN
KESEHATAN DI INDONESIA:
Tantangan, Masalah, dan Solusi**

Editor:

dr. Siswanto, MHP, DTMH

Dr. dr. Harimat Hendarwan, M.Kes

Nunik Kusumawardani, M.Sc., P.H., Dr. P.H

Prof. Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med



**Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI**

Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi
@2020 oleh Siswanto, dkk.

Hak Cipta yang dilindungi Undang-undang ada pada penulis.

Hak Penerbitan yang dilindungi Undang-undang ada pada Lembaga Penerbit
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)

Dilarang mengutip dan memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin
tertulis dari Penerbit

Diterbitkan oleh Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)

Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013

Jalan Percetakan Negara No. 23, Jakarta 10560

Telepon . (021) 4261088, ext. 222, 223. Faksimile (021) 4243933

Email :lpblitbangkes2@lqmail.com; lpblitbangkes@gmail.com;

website : www.litbang.depkes.go.id

Ilustrasi cover oleh PT. Tiga Warna

Didistribusikan oleh

Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)

Katalog Dalam Terbitan

WA 525

Sis

Siswanto

b

Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan Indonesia: Tantangan,
Masalah, dan Solusi / Siswanto; Harimat Hendarwan; Nunik Kusumawardhani;
Lestari Handayani (Ed). Jakarta : Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan
Pengembangan, 2020.
xiv, 308p. : illus.; 25 cm.

ISBN 978-602-373-179-4

1. JUDUL I. HEALTH POLICY
- II. HEALTH ADMINISTRATION AND ORGANIZATION

DAFTAR ISI

Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar	viii
Kata Pengantar	xi
Ucapan Terima Kasih	xiii
Bab 1 Prolog: Menjawab Tantangan Pembangunan Kesehatan Melalui Kerangka Sistem kesehatan Oleh : Lestari Handayani	03
Bab 2 Beban Penyakit dan Dampak Ekonomi di Indonesia Oleh : Tety Rachmawati, Wahyu Nugraheni, Syarifah Nuraini dan Tita Rosita	25
Bab 3 Pendekatan Upaya Kesehatan Masyarakat untuk Perbaikan Status Kesehatan Reproduksi dan Gizi Oleh : Teti Tejayanti, Dwi Hapsari T. dan Rofingatul Mubasyiroh	45
Bab 4 Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Indonesia dari Sisi Pandang Riset Oleh : Helena Uliyartha Pangaribuan, Miko Hananto dan Sri Idaiani	83
Bab 5 Sistem Rujukan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Upaya Peningkatan Akses dan Mutu Oleh : Karyana, Yusleli Usman, Retna Tika Indah, Rossa Avrina dan Armaji	131
Bab 6 Potret Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia Oleh : Heny Lestari, Dwi Hapsari T., dan Telly Purnamasari	155

Bab 7	Mengurai Program dan Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan Oleh : Yuyun Yuniar, Uly Adhie M., Ani Isnawati, dan Nanang Yunarto	171
Bab 8	Analisis Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional Oleh : Tri Juni Angkasawati, Hendrianto Trisnowibowo, dan Tita Rosita	201
Bab 9	Pemerintahan dan Tata Kelola Sektor Kesehatan Oleh : Dede Anwar Musadad dan Gurendro Putro	237
Bab 10	Peran Penelitian dan Pengembangan dalam Penguatan Sistem Kesehatan Oleh : Nurul Puspasari, Melyana, Febri Aryanto, Nariyah Handayani dan Luna Amalia	261
Bab 11	Upaya Memperkuat Sistem Kesehatan Nasional Oleh : Nana Mulyana, Nirmala Ahmad Ma'rif, Rosita dan Sefrina Werni	281
Bab 12	Epilog Oleh : Harimat Hendarwan	299
Biografi Penulis		303
Tim Penulis		307

DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Perbandingan Sistem Kesehatan Nasional	9
Tabel	2.1	UHH dan HALE di Negara ASEAN	28
Tabel	2.2	Estimasi Kerugian Ekonomi Indonesia pada 20 Penyakit dengan Peringkat DALYs tertinggi Tahun 2017	41
Tabel	3.1	Identifikasi Masalah Terkait dengan Status Gizi Balita, Anak dan Remaja serta Ibu Hamil	56
Tabel	3.2	Penyebab Utama Kematian Ibu	66
Tabel	3.3	Proporsi Besar Masalah Terkait Perilaku Berisiko, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak Berdasarkan Riskesdas 2013 dan 2018	74
Tabel	4.1	Prevalensi PTM dan Faktor Risiko PTM	112
Tabel	4.2	Proporsi Puskesmas yang Mempunyai Posbindu PTM	114
Tabel	4.3	Persentase Desa/Kelurahan dalam Melaksanakan Posbindu PTM di Indonesia	114
Tabel	4.4	Persentase (%) Banyaknya Sekolah Menerapkan Peraturan KTR Menurut Kabupaten/Kota	115
Tabel	4.5	Persentase Perempuan Usia 30–50 Tahun Dideteksi Dini Kanker Serviks dan Payudara	116
Tabel	7.1	Sistem Pengadaan Obat di Beberapa Kabupaten/Kota	182
Tabel	8.1	Pembiayaan Kesehatan Indonesia Tahun 2010–2016	205
Tabel	8.2	Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2014–2018	209
Tabel	8.3	Biaya Pelayanan Kesehatan Penyakit Katastropik 2018–2019	211
Tabel	8.4	Defisit Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tahun 2014–2019	212
Tabel	9.1	Pembagian Kewenangan Upaya Kesehatan	241
Tabel	9.2	Pembagian Kewenangan tentang Sumber Daya Manusia Kesehatan	242
Tabel	9.3	Kewenangan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan Minuman	243
Tabel	9.4	Kewenangan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	244
Tabel	10.1	Riset Kesehatan Nasional Badan Litbangkes 2014–2019	266
Tabel	10.2	Tantangan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	274

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Diagram Preventif-Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	10
Gambar 1.2	Framework of Writing	18
Gambar 2.1	Umur Harapan Hidup di Indonesia	28
Gambar 2.2	UHH dan HALE di 34 Provinsi	29
Gambar 2.3	Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab YLL di Indonesia Tahun 1990 dan 2017	30
Gambar 2.4	Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab YLD di Indonesia Tahun 1990 dan 2017	32
Gambar 2.5	Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab DALYs di Indonesia	34
Gambar 2.6	DALYs per 100.000 pada Tiga Kelompok Penyakit Menurut Provinsi di Indonesia tahun 2017	35
Gambar 2.7	Sepuluh Peringkat Teratas DALYs di Indonesia Tahun 2017 dan Persentase Perubahannya, 2007–2017	36
Gambar 2.8	Sepuluh Peringkat Teratas Faktor Risiko DALYs	37
Gambar 2.9	Persentase DALYs Total pada Sepuluh Faktor Risiko Teratas Menurut Jenis Kelamin di Indonesia Tahun 2017	38
Gambar 3.1	Prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang pada Balita di Indonesia (Riskesdas)	52
Gambar 3.2	Masalah Kesehatan pada Ibu Hamil di Indonesia (Riskesdas 2018)	53
Gambar 3.3	Proporsi Berat Badan Lahir dan Panjang Badan Lahir berdasarkan Catatan yang Dimiliki Balita (Riskesdas 2007, 2013, 2018)	54
Gambar 3.4	Prevalensi Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia pada Tahun 2007, 2013, dan 2018	55
Gambar 3.5	Perbandingan Indeks Perkembangan Anak Pada Anak Usia 36–59 Bulan	56
Gambar 3.6	Proporsi Ketepatan Sasaran Balita yang Mendapat PMT	57
Gambar 3.7	Tren Penurunan Kematian Ibu di Indonesia	60
Gambar 3.8	Tren Penurunan Kematian Bayi dan Neonatal (1991–2017)	61
Gambar 3.9	Kesenjangan Tingkat Kematian Ibu dan Neonatal Menurut Kepulauan Besar di Indonesia Tahun 2015	62

Gambar 3.10	Hubungan antara Jarak ke Rumah Sakit dengan Kematian Maternal	68
Gambar 3.11	Hubungan antara Jarak ke Rumah Sakit dengan Kematian Maternal	69
Gambar 4.1	Peta Dunia, Situasi Schistosomiasis di Negara Endemis Schistosomiasis	96
Gambar 4.2	Prevalensi Schistosomiasis pada Manusia	97
Gambar 4.3	Peta Distribusi Vektor Dengue 2015–2018	107
Gambar 5.1	Capaian dan Target Akreditasi Puskesmas Periode Tahun 2015–2017	143
Gambar 5.2	Status Akreditasi Puskesmas	144
Gambar 5.3	Jumlah Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 1 RSUD yang Tersertifikasi Akreditasi Nasional	146
Gambar 5.4	Status Akreditasi RS	147
Gambar 5.5	Status Akreditasi RS International	147
Gambar 7.1	Siklus Rantai Suplai Obat dan Vaksin	171
Gambar 7.2	Belanja Kebutuhan Pemerintah melalui E-Purchasing	174
Gambar 7.3	Pelayanan Kefarmasian Sesuai dengan Standar	176
Gambar 7.4	Keberadaan RKO 2017 dan Pemesanan Tahun 2018 untuk 8 Jenis Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	180
Gambar 7.5	Alasan Ketidakesesuaian antara RKO dengan Realisasi	180
Gambar 7.6	Proporsi Puskesmas Perawatan dan Non Perawatan menurut Ketersediaan Obat dan Vaksin Indikator, Tahun 2015 - 2016	183
Gambar 7.7	Proporsi Puskesmas dan Klinik dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Indikator, Rifaskes 2019	184
Gambar 7.8	Indikator Penggunaan Obat Rasional (POR) di Puskesmas, Sirkesnas 2016	185
Gambar 7.9	Proporsi Puskesmas yang Memenuhi Standar Penggunaan Obat Rasional (POR), Sirkesnas 2016	186
Gambar 7.10	Persentase Peresepan Antibiotik untuk Diare dan ISPA di Rumah Sakit dan Klinik	186
Gambar 7.11	Pelaksanaan Manajemen Rantai Dingin Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan di Seluruh Lokasi Penelitian	188
Gambar 7.12	Pelaksanaan Manajemen Rantai Dingin di Seluruh Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Regionalisasi	188
Gambar 7.13	Kondisi VVM pada Berbagai Fasilitas Penyimpanan	189

Gambar 7.14	Proporsi Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit Rujukan dan Rumah Sakit Nonrujukan berdasarkan Ketersediaan Vaksin dan Serum	190
Gambar 7.15	Rencana Aksi Pengembangan Industri Alat Kesehatan, 2016–2035	194
Gambar 8.1	Tren Peningkatan Kepesertaan BPJS tahun 2014–2021	208
Gambar 8.2	Penggunaan Anggaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Menurut Jenis Upaya Pelayanan Kesehatan tahun 2013	217
Gambar 8.3	Penggunaan Anggaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Menurut Jenis Upaya Pelayanan Kesehatan tahun 2014	217
Gambar 10.1	Mission Model Canvas (MMC) Badan Litbang Kesehatan	271
Gambar 11.1	Hubungan antar subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional	282

KATA PENGANTAR



Pembangunan kesehatan di Indonesia terus berkembang mengikuti prioritas permasalahan kesehatan di Indonesia dan juga mengacu pada isu global. Indonesia kini mengalami masa beban ganda, yaitu penyakit menular belum dapat dituntaskan dan penyakit tidak menular terus menunjukkan tren kenaikan. Pemerintah terus berupaya untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat dengan meluncurkan berbagai program dan terobosan.

Dr. Siswanto sebagai Analis Kebijakan Utama bersama para peneliti senior di Badan Litbangkes menyusun Buku Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan Indonesia yang berisi mengenai masalah kesehatan, tantangan, dan solusi dalam pembangunan kesehatan di Indonesia yang dikupas melalui pendekatan kerangka *Logical Framework* dan *Building Block of Health System* dan memberikan gambaran evaluasi performa pembangunan kesehatan.

Buku ini berisi tulisan mengenai beban penyakit yang ada di Indonesia, pendekatan upaya kesehatan masyarakat, upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan alat kesehatan, pembiayaan kesehatan, pemerintahan dan tata kelola, peran penelitian dan pengembangan dalam penguatan sistem kesehatan, dan penutup disajikan tulisan berisi mengenai upaya penguatan sistem kesehatan di Indonesia.

Saya ucapkan selamat dan terima kasih kepada dr. Siswanto dan tim yang telah berhasil menuntaskan penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat menjadi masukan bagi pembangunan kesehatan yang berkelanjutan di Indonesia.

Jakarta, Desember 2020
Kepala Badan Penelitian dan
Pengembangan Kesehatan




dr. Slamet, M.H.P.




Ucapan Terima Kasih

**Kami mengucapkan terima kasih kepada
dr. Adang Bachtiar, M.P.H., D.Sc., Dr. Ede Surya Darmawan, S.K.M., M.Kes.
dan Tim WHO Indonesia khususnya Ryoko Takahashi atas bimbingan
teknis selama penyusunan Buku Bunga Rampai: Kinerja Pembangunan
Kesehatan di Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi**





BAB 1
MENJAWAB TANTANGAN
PEMBANGUNAN
KESEHATAN MELALUI
KERANGKA SISTEM
KESEHATAN



BAB 1

Prolog: Menjawab Tantangan Pembangunan Kesehatan Melalui Kerangka Sistem Kesehatan

Lestari Handayani

1.1 Situasi Kesehatan di Indonesia

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia yang terdiri atas 17.504 pulau atau disebut sebagai Nusantara (Prasetya E., 2017) dengan populasi sekitar 237 juta penduduk, menurut Sensus Penduduk Indonesia 2010. Penduduk Indonesia sekitar 130 juta (lebih dari 50%) tinggal di Pulau Jawa (BPS, 2010) sehingga Pulau Jawa menjadi pulau yang paling padat penduduknya. Jumlah penduduk terus meningkat dan diprediksi pada tahun 2018 populasi Indonesia telah mencapai lebih dari 268.084.000 jiwa (BPS, 2013). Negara Indonesia yang terdiri atas kepulauan dihuni sekitar 1068 suku bangsa. Hal itu menyebabkan negara kesatuan ini memiliki keberagaman sosial-budaya. Populasi penduduk yang padat dan wilayah yang luas, serta sosial budaya yang beraneka ragam telah menyebabkan bervariasinya pula kondisi kesehatan masyarakat Indonesia yang sebagian tinggal di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.

Kesehatan penduduk, antara lain, dipengaruhi oleh keadaan gizinya. Makin baik gizi seseorang maka kemampuan untuk tumbuh kembang makin baik dan kemampuan menahan penyakit serta adaptasi terhadap lingkungan akan makin baik. Keadaan gizi balita yang menunjukkan peningkatan dapat dilihat dari hasil Riskesdas 2013 dan 2018. Balita gizi buruk dan gizi kurang menurun, pada tahun 2018 sebesar 10,2% jika dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu 12,1%. Balita *stunting* menurun dari 37,2% (tahun 2013) menjadi 30,8 % pada tahun 2018. Gemuk merupakan salah satu risiko penyakit degeneratif menurun pada balita, yaitu 11,8% pada tahun 2013 menjadi 8,0% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2013, 2018).

Status gizi merupakan hal yang penting, khususnya bagi perempuan. Masalah gizi pada remaja putri dan ibu hamil menjadi indikator kesehatan wanita. Kurang energi kronis (KEK) yang diukur dari lingkaran atas (lila) wanita usia subur 15–49 tahun digolongkan sebagai KEK bila lila <

23,5 cm, terjadi pada wanita hamil sebanyak 17,3 %, dan 14,5% pada wanita yang tidak hamil. Anemi pada ibu hamil sebesar 37,1% pada tahun 2013 meningkat menjadi 48,9% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2013, 2018). Remaja putri sehat dan ibu hamil sehat sangat penting karena mereka akan melahirkan generasi sehat dan kuat. Akses terhadap pelayanan kesehatan seharusnya diikuti dengan perilaku masyarakat dan petugas yang mendorong terbentuknya perilaku sehat khususnya dalam pemenuhan gizi seimbang. Kesadaran dan pemahaman yang buruk wanita terhadap konsumsi gizi seimbang dapat memberikan dampak buruk bagi generasi berikutnya.

Penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Kasus Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) merupakan penyakit menular terbanyak dijumpai di puskesmas meskipun telah terjadi penurunan yang cukup drastis. Prevalensi ISPA menurut diagnosa tenaga kesehatan dan gejala diketahui menurun dari 25,0% tahun 2013 menjadi 9,3% tahun 2018, demikian pula dengan pneumonia menurun dari 4,5% menjadi 4,0%. Ada beberapa provinsi yang masih merupakan daerah endemis malaria seperti Papua, Papua Barat, NTT, beberapa tempat di Kalimantan. Prevalensi malaria menunjukkan penurunan yaitu dari 1,4% tahun 2013 menjadi 0,4% di tahun 2018. Terjadi perbedaan pada kelompok umur yaitu banyak pada kelompok umur 0-11 bulan dan 5-9 tahun masing-masing 1,0%, berbeda dengan data program Malaria tahun 2011-2017 yang menyatakan bahwa kasus malaria tertinggi selalu pada dewasa > 15 tahun. Data juga menunjukkan bahwa pengobatan malaria menggunakan *Artemisin Combination Treatment* (ACT) telah diterima oleh 78,3% penderita malaria dan penggunaan kelambu *Long Lasting Insecticidal Net's* (LLIN's) pada balita sebanyak 15,8%. Upaya pencegahan filariasis dengan pemberian obat pencegahan masal (POPM) filariasis menunjukkan angka 51,8% dengan denominator adalah total sampel di daerah endemis filariasis dan sudah melakukan POPM filariasis dikurangi anak usia 2 tahun di daerah tersebut karena pada saat puldata Riskesdas 2018 berusia <2 tahun (Kementerian Kesehatan, 2013, 2018).

Indonesia merupakan negara nomor 3 (tiga) tertinggi dalam kasus tuberkulosis (TB). Data Riskesdas Tahun 2013 dan 2018 menunjukkan tidak ada perubahan, prevalensi TB sebanyak 0,4% berdasar diagnosis

dokter (Kementerian Kesehatan 2013 dan 2018). Target Renstra pada 2019 menetapkan prevalensi TB Paru menjadi 245/100.000 penduduk. Studi Inventori TB berdasar *Global Report TB 2018* memperlihatkan insiden TB sebesar 321 per 100.000. Hal itu menunjukkan bahwa kasus TB perlu mendapat perhatian dan intervensi khusus. Penyakit infeksi lain yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis. Peningkatan kasus hepatitis terlihat dari data Riskesdas 2013 sebesar 0,2% menjadi 0,4% pada tahun 2018. Hepatitis sangat infeksius sehingga perlu tindakan preventif dan promotif yang memadai.

HIV/AIDS diketahui makin hari makin tinggi dengan aktifnya petugas kesehatan melakukan tes HIV khususnya pada ibu hamil. Angka pasti kasus HIV/AIDS belum diketahui. Namun, Riskesdas 2018 berhasil mendata pengetahuan masyarakat tentang HIV dan diketahui bahwa dari 24 pertanyaan pengetahuan, responden yang mampu menjawab benar 8–24 pertanyaan sebesar 32,8%. Hal itu menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat masih perlu ditingkatkan (Kementerian Kesehatan, 2013 dan 2018). Penyakit menular yang masih terus muncul setiap tahun di berbagai lokasi dan merenggut nyawa, khususnya balita, adalah demam berdarah. Kementerian Kesehatan memberikan perhatian dan telah memiliki *roadmap* serta aksi nyata untuk mengatasi beberapa *neglected diseases*, seperti kusta, leptospirosis, dan schistosomiasis. Program kesehatan telah melakukan pengendalian dan eliminasi terhadap penyakit-penyakit tersebut (Melody T. Tan, Rita Kusriastuti, Lorenzo Savioli, dan Peter J. Hotez., 2014).

Beban penyakit menular belum lagi tuntas diselesaikan, Indonesia telah mendapat beban ganda dengan meningkatnya penyakit tidak menular (PTM), seperti stroke, jantung, diabetes mellitus, dan kanker. WHO menyebutkan bahwa PTM merupakan 68% penyebab kematian di dunia pada tahun 2012. Penyakit-penyakit tersebut terus meningkat di Indonesia sehingga memberikan beban biaya tinggi kepada pemerintah (Kementerian Kesehatan, 2012). Prevalensi strok terjadi pada 10,9 permil penduduk di atas 15 tahun. Angka ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2013 yang menunjukkan angka 7,0 permil. Penyakit ginjal kronik berdasarkan diagnosis dokter juga meningkat dari 2,0 permil (tahun 2013) menjadi 3,8 permil tahun 2018. Hal itu menyebabkan meningkatnya

pelayanan cuci darah pada penderita gagal ginjal kronik (GGK), yaitu sebanyak 19,3% penderita pernah mendapat cuci darah. Kencing manis atau diabetes melitus berdasar hasil pemeriksaan darah pada survei riskesdas meningkat dari 6,9% (2013) menjadi 8,5% (2018). Mereka yang terdiagnosis DM oleh dokter 75% di antaranya minum obat antidiabetes (OAD) dan 11%- nya kombinasi OAD dan injeksi insulin. Pemeriksaan tekanan darah kepada penduduk usia 18 tahun ke atas pada riskesdas juga menunjukkan adanya peningkatan kasus hipertensi dari 25,8% (2013) menjadi 34,1% (2018). Penderita hipertensi berdasar diagnosis dokter dan minum obat hipertensi hanya 9,5% (2013) dan 8,8% (2018). Artinya masih banyak kasus hipertensi yang tidak terdeteksi. Kasus kanker berdasar diagnosis dokter juga mengalami peningkatan dari 1,4 permil (2013) menjadi 1,8 permil (2018) pada semua umur dengan kasus yang lebih besar di perkotaan jika dibandingkan dengan perdesaan. Kanker juga terjadi lebih banyak pada wanita jika dibandingkan dengan pria (Kementerian Kesehatan, 2013 dan 2018).

Angka penyakit degeneratif meningkat seiring dengan makin tingginya angka risiko penyakit akibat perubahan pola hidup tidak sehat. Perilaku merokok pada anak usia 10–18 tahun sebesar 9,1% jauh lebih tinggi daripada target seharusnya, yaitu 5,4%. Penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengonsumsi alkohol sebanyak 3% berupa arak tradisional (38,7%), bir (29,5%), serta jenis minuman beralkohol lainnya. Aktivitas kurang juga terdeteksi pada sebanyak 33,3% penduduk usia 10 tahun ke atas, sedangkan konsumsi kurang buah dan sayur terjadi pada 95,5% penduduk usia 5 tahun ke atas (Kementerian Kesehatan, 2018). Obesitas yang terdeteksi pada penduduk usia 18 tahun ke atas makin tahun makin tinggi, yaitu 10,5% (Riskesdas 2007), 14,8% (Riskesdas 2013), dan 21,8% (Riskesdas 2018), demikian pula dengan obesitas sentral penduduk usia > 15 tahun, yaitu 18,8% (2007), 26,6% (2013), dan 31,0% (2018) (Kementerian Kesehatan, 2007, 2013, 2018).

Beban penyakit lain dari penyakit tidak menular atau noninfeksi juga dapat dilihat dari kasus gangguan jiwa skizoprenia/psikosis 7,0 permil (2018) dan asma yang terjadi pada 2,4% penduduk semua umur. Cedera juga banyak dialami penduduk semua umur, yang terbanyak akibat kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan di rumah dan lingkungan. Cedera merupakan salah

satu sebab yang mengakibatkan gangguan aktivitas sehari-hari pada semua umur sesuai dengan hasil Riskesdas 2018, yaitu 9,2% meningkat dari tahun sebelumnya tahun 2013, yaitu 8,2% dan tahun 2007, yaitu 7,5% (Kementerian Kesehatan, 2007, 2013, dan 2018).

Variasi jenis dan beban penyakit dipengaruhi pula oleh kesehatan lingkungan yang tidak mendukung. Ketersediaan air minum dan air bersih di beberapa tempat tidak memenuhi standar. Polusi udara akibat penggunaan kendaraan bermotor memicu gangguan kesehatan saluran pernapasan, ditambah lagi asap pembakaran sampah sebagai akibat hampir 50% pengolahan sampah dilakukan dengan cara dibakar. Maraknya pembakaran hutan menyebabkan masalah tersendiri yang berdampak global karena akibat pembakaran hutan telah menyebabkan emisi gas buangan makin tinggi. Pengelolaan sampah yang masih belum sesuai dengan cara kesehatan menyebabkan lingkungan kotor dan menjadi sumber penyakit. Sampah plastik yang dibuang sembarangan telah mencemari perairan Indonesia, baik sungai, laut maupun pantai telah merusak terumbu karang dan mengganggu kehidupan ikan dan mencemarinya. Ikan dan hasil laut yang tercemar merupakan salah satu pemicu meningkatnya berbagai kasus kanker di samping dampak perilaku buruk lainnya (Manik K.E.S., 2016).

Sebaran penduduk di banyak pulau-pulau besar dan kecil ini menuntut adanya fasilitas yang tersebar agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata. Kondisi tersebut membutuhkan biaya besar untuk membangun fasilitas pelayanan kesehatan dan menyediakan alat kesehatan serta pendistribusian tenaga kesehatan. Produksi tenaga kesehatan tergolong sudah baik dengan adanya perguruan tinggi kesehatan yang menghasilkan lulusan dokter, apoteker, sarjana kesehatan masyarakat, tenaga gizi, analis medis, kesehatan lingkungan, dan tenaga pendukung lain. Distribusi tenaga kesehatan masih perlu dibenahi. Terbukti beberapa daerah memiliki fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan yang melebihi rasio tenaga, di sisi lain dijumpai fasilitas kesehatan yang memiliki jumlah tenaga kesehatan sangat minim.

Akses masyarakat ke pelayanan kesehatan sudah cukup baik. Hal itu terbukti dari persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan makin baik dari tahun ke tahun. Meskipun demikian, akses ini belum menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat. Hal itu terbukti dari masih tingginya angka kematian ibu dan bayi. Penyebab kematian maternal tertinggi adalah eklamsi dan preeklamsi 33,1%, serta *obstetric haemorrhagic* 27,3%. Beberapa penyakit menular seperti TB masih belum bisa diturunkan prevalensinya, serta meningkatnya kasus penyakit degeneratif penyebab kematian tertinggi, yakni *cerebrovascular diseases* (20%), *ischemic heart disease* 13,3%, dan DM 7,9% (SRS 2016).

Indonesia merupakan negara yang kaya sumber daya alam dan budaya, tetapi juga mempunyai berbagai masalah kesehatan. Indonesia adalah kafetaria penyakit dan bencana. Bencana alam, seperti gunung meletus, gempa, banjir, kebakaran hutan, dan lainnya mengancam masyarakat. Bencana nonalam, seperti kerusuhan antarsuku, perkelahian pelajar juga mewarnai masalah yang berdampak pada kesehatan.

1.2 Sistem Kesehatan Indonesia

Sistem kesehatan Indonesia tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem: a. upaya kesehatan; b. penelitian dan pengembangan kesehatan; c. pembiayaan kesehatan; d. sumber daya manusia kesehatan; e. sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; f. manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan g. pemberdayaan masyarakat. Subsistem ini sedikit berbeda dengan subsistem kesehatan menurut *World Health Organization* (2010) karena adanya tambahan subsistem pemberdayaan masyarakat. SKN menjadi acuan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tabel 1.1
Perbandingan Sistem Kesehatan Nasional
dan *The 6 Building Blocks of Health System WHO*

	Health System Indonesia (SKN 2012)	The Six Building Blocks of a Health System WHO (WHO, 2010)
1.	Upaya kesehatan;	Good health services are those which deliver effective, safe, quality personal and non-personal health interventions to those that need them, when and where needed, with minimum waste of resources.
2.	Sumber daya manusia kesehatan	A well-performing health workforce is one that works in ways that are responsive, fair and efficient to achieve the best health outcomes possible, given available resources and circumstances (i.e. there are sufficient staff, fairly distributed; they are competent, responsive and productive).
3.	Penelitian dan pengembangan kesehatan	A well-functioning health information system is one that ensures the production, analysis, dissemination and use of reliable and timely information on health determinants, health system performance and health status.
4.	Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan	A well-functioning health system ensures equitable access to essential medical products, vaccines and technologies of assured quality, safety, efficacy and cost-effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use.
5.	Pembiayaan kesehatan	A good health financing system raises adequate funds for health, in ways that ensure people can use needed services, and are protected from financial catastrophe or impoverishment associated with having to pay for them. It provides incentives for providers and users to be efficient.
6.	Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan	Leadership and governance involves ensuring strategic policy frameworks exist and are combined with effective oversight, coalitionbuilding, regulation, attention to system-design and accountability.
7.	Pemberdayaan masyarakat	-

Pembangunan kesehatan Indonesia dilakukan dengan *Lifecycle Approach* sebagai pendekatan yang akan menjangkau seluruh kelompok usia secara berkelanjutan dalam siklus kehidupan. SKN mengamanatkan peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pelaksanaan mandat tersebut dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat, dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan, dan ketahanan nasional (Pemerintah Indonesia, 2012).

Penekanan terkait preventif promotif menjadi penekanan Menteri Kesehatan pada Kabinet Indonesia Maju Tahun 2020–2024. Aksi massal telah dilakukan Kementerian Kesehatan periode 2015–2019 melalui GERMAS (Gerakan masyarakat hidup sehat) dengan 7 langkah, yaitu melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi buah dan sayur, tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol, melakukan pemeriksaan kesehatan berkala, menjaga kesehatan lingkungan, dan menggunakan jamban. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) merupakan satu program agenda Nawa Cita untuk meningkatkan kualitas manusia Indonesia. Berbagai intervensi kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, diawali dengan penelitian pengembangan dan diterapkan oleh program. Berikut diagram intervensi preventif-promotif, kuratif, dan rehabilitatif.



Gambar 1.1
Diagram Preventif-Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif

1.3 Membangun Masyarakat Indonesia Sehat Masa Depan

Pembangunan kesehatan sesuai dengan SKN harus mengikuti prinsip dasar pembangunan kesehatan, yang terdiri atas perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan sesuai dengan visi pemerintah, antara lain, adalah membangun manusia sehat. Prinsip yang harus diperhatikan dalam membangun manusia yang sehat adalah mengikuti kebutuhan berdasar cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata berupa pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat. Kebijakan kesehatan masyarakat ditujukan untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat melalui kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan.

Indonesia memasuki era bonus demografi yang dialami sejak tahun 2012. Pada saat itu rasio ketergantungan penduduk (*dependency ratio*) berada di bawah 50, yaitu 49,6%, artinya jumlah penduduk non produktif (usia <15 tahun dan >65 tahun) adalah 49,6% jika dibandingkan dengan kelompok usia produktif (15–64 tahun). Angka terendah *dependency ratio*, yakni 46,9%, akan terjadi pada tahun 2028–2031 dan berakhir pada tahun 2036–2037. Pada tahun 2017 bonus demografi tersebut terdiri atas 33,75% generasi milenial (generasi Y), yaitu generasi yang lahir tahun 1980–2000 atau yang saat ini berusia 19–39 tahun. Penduduk usia produktif Indonesia pada tahun 2017 tersebut sekitar 50,36 persen adalah generasi milenial. Fokus perhatian kita kepada generasi milenial (gen Y) dan generasi berikutnya (generasi Z) menjadi penting karena jumlah mereka yang sangat besar (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan BPS, 2018).

Karakteristik generasi milenial memiliki urgensi pada masa-masa bonus demografi karena generasi milenial merupakan modal untuk berkompetisi saat bonus demografi Indonesia. Generasi Y adalah generasi yang melek teknologi. Mereka tidak lagi berminat membaca secara konvensional dan lebih memilih membaca lewat *smartphone*. Milenial wajib memiliki akun sosial media sebagai alat komunikasi dan pusat informasi. Mereka adalah pribadi dengan pikiran terbuka, mampu mengekspresikan perasaan, memiliki rasa percaya diri dan rasa optimistis, serta menjadikan keluarga sebagai pusat pertimbangan dan pengambil keputusan mereka. Generasi

milennial memiliki minat untuk belajar yang lebih tinggi sebagai salah satu syarat sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yakni mereka yang memiliki intelektual baik, sehat fisik, mental, dan sosial. Bagi dua mata pisau, generasi gen Y dan gen Z yang berkualitas akan menjadi SDM yang membangun masa depan dan kemandirian secara ekonomi, tetapi bila SDM buruk akan membawa bencana berupa kejahatan, pengangguran, dan ancaman kesehatan.

Pembangunan kesehatan juga perlu memperhatikan keinginan masyarakat. Perubahan akibat sentuhan globalisasi membuat tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan selalu bergeser dan berubah. Inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas perlu dilakukan. Pendekatan secara global sudah menjadi keharusan, tetapi tetap mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, responsif gender, dan hak anak.

Pembangunan kesehatan perlu memperhatikan sasaran yang akan dibangun. Keberhasilan pembangunan sangat bergantung kepada para pelaku dan target sasaran. Terjadi dinamika keluarga dan kependudukan, perubahan epidemiologi penyakit, perubahan ekologi, dan lingkungan. Keandalan dan ketergantungan pada teknologi perlu diantisipasi untuk pembangunan kesehatan masa depan melalui Kabinet Indonesia Maju tahun 2020–2024. Indonesia diisi usia produktif yang terdiri atas generasi yang memiliki penguasaan teknologi tinggi. Mereka menuntut hidup yang serba praktis. Mereka enggan berobat dengan cara mendaftar ke pelayanan kesehatan dan berdiri di antrean yang panjang, termasuk membayar iuran BPJS dan datang ke loket pembayaran merupakan cara yang mereka hindari. Pilihan pelayanan bisa mereka akses melalui internet, pengetahuan tentang kesehatan juga dapat mereka peroleh melalui *website* dan informasi lain di dunia maya dengan berbagai penawaran, baik dari dalam maupun luar negeri. Dunia sudah sangat terbuka dengan mudahnya mengakses informasi.

Beberapa tuntutan kepraktisan ini sebagian sudah disambut oleh pelaku kesehatan dengan hasil inovasi di bidang kesehatan, bahkan Indonesia mampu menunjukkan kemampuannya di ajang internasional. Prestasi

internasional yang telah dicapai Indonesia, antara lain, adalah inovasi pelayanan publik Indonesia berkelas dunia yang diselenggarakan UNPSA inovasi kesehatan. Indonesia pada tahun 2015 berhasil menempatkan 2 inovasi pelayanan publik, yaitu memperkuat kemitraan antara dukun bayi dan tenaga paramedik dan terbukti membantu menurunkan kematian bayi dan ibu melahirkan. Hal itu terjadi di Kabupaten Aceh Singkil serta Pelayanan Terpadu Pengentasan Kemiskinan Kabupaten Sragen masing-masing sebagai juara kedua "*Improving the delivery of Public Services*" dan kategori "*Promoting Whole of Government Approaches in the Information Age*". Kota Surabaya membuktikan keunggulannya dengan masuk dalam top 25 inovasi pelayanan publik tahun 2015 dengan inovasi unggulan, aplikasi *e-Health*, yaitu aplikasi pendaftaran daring (*online*) yang mempermudah warga Surabaya mendapatkan layanan kesehatan. Unit utama di Kementerian Kesehatan juga tidak ketinggalan meningkatkan layanan publik. Dirjen Farmalkes berupaya maksimal untuk memenuhi keinginan masyarakat, yaitu terkait dengan perizinan produk-produk farmasi dan alat kesehatan, serta memiliki sarana komunikasi kepada masyarakat melalui internet dan media *social*, yaitu *website* binfar.kemkes.go.id, akun Facebook: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan, dan akun twitter @faralkes.

Masih banyak keluhan tentang akses dan kualitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan berbagai alasan. Kesulitan transportasi seringkali menjadialaskan karena geografi Indonesia berupa kepulauan menyebabkan banyak lokasi yang tergolong terpencil, pedalaman, dan kepulauan. Kurang merata distribusi tenaga kesehatan juga menjadi keluhan di daerah terpencil dan kepulauan. Pemerintah telah memberikan perhatian khusus untuk wilayah tersebut. PTT tenaga kesehatan merupakan salah satu program pemerintah menempatkan tenaga di daerah terpencil. Program PTT yang berakhir tahun 2014 kemudian diganti dengan program Nusantara Sehat. Program Nusantara Sehat (NS) merupakan suatu upaya pemerintah memperbaiki pelayanan kesehatan dengan melakukan intervensi berbasis-tim ataupun individu di layanan kesehatan primer. Penugasan khusus tenaga kesehatan tersebut dilaksanakan sesuai dengan amanat Pasal 23 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Pemerintah Indonesia a, 2014). Penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim dalam mendukung program

Nusantara Sehat dilaksanakan untuk mendukung fungsi puskesmas dalam hal penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Tim NS yang terdiri atas berbagai jenis tenaga kesehatan ditempatkan di daerah sangat terpencil atau terpencil (*remote area*) untuk memberikan pelayanan kesehatan. Namun, kebutuhan tenaga kesehatan belum tersedia. Mereka ditugasi untuk menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan dan menangani masalah kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerah. Tim NS diharapkan mampu menggerakkan pemberdayaan masyarakat, melakukan pelayanan terintegrasi, serta meningkatkan dan pemeratakan pelayanan kesehatan.

Globalisasi membuka pintu bagi tenaga asing dan pelayanan kesehatan asing untuk turut bersaing di Indonesia. Globalisasi akan memberikan dampak yang amat banyak dan amat luas kepada negara, baik pengaruh buruk maupun pengaruh baik terhadap bidang kesehatan, misalnya sistem pelayanan, penyakit baru, dan kondisi sosial lainnya. Keterbukaan ini akan menyebabkan meningkatnya mobilitas tenaga profesional dari suatu negara ke negara yang lain dan meningkatkan keberadaan teknologi baru terhadap alat medis untuk menunjang pengobatan terhadap pasien. Kesiapan pemerintah menyiapkan tenaga kesehatan yang profesional menjadi taruhan untuk mengantisipasi persaingan dengan tenaga dan alat medis dari luar Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat telah bergulir sejak tahun 2014, tetapi masih banyak memiliki kelemahan. Perusahaan asuransi dan fasilitas kesehatan swasta, baik asing maupun dalam negeri dapat menjadi pesaing bila fasilitas kesehatan pemerintah tidak mampu memberikan pelayanan yang memuaskan. Tawaran kecanggihan teknologi dan pelayanan prima di negara tetangga, seperti Malaysia dan Singapura, membuat banyak masyarakat yang meninggalkan fasilitas pengobatan dalam negeri berupaya untuk mencari alternatif fasilitas pelayanan kesehatan yang dinilai lebih baik dan berbiaya lebih murah.

Pembangunan fasilitas kesehatan telah dilakukan secara bertahap, baik fasilitas pelayanan tingkat pertama (FKTP) maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Kualitas fasilitas pelayanan

ditingkatkan dengan adanya akreditasi rumah sakit dan puskesmas. Upaya pembangunan fasilitas kesehatan dan pembangunan lain dilakukan di daerah terpencil dan kepulauan. Pembangunan yang dimulai dari daerah pinggiran serta daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan merupakan salah satu dari nawacita Kabinet Kerja. Dengan demikian, banyak pembangunan dilakukan mulai dari perdesaan yang ditunjang dengan kebijakan dana desa (Pemerintah Indonesia b, 2014). Desa diberi kewenangan dan sumber dana yang memadai agar dapat mengelola potensi yang dimilikinya guna meningkatkan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat. Desa sebagai ujung tombak pembangunan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat desa dapat menjadi strategi melakukan perubahan perilaku kesehatan melalui masyarakat desa sebagai *agent of change*. Pembangunan telah berjalan, tetapi ketimpangan masih dikeluhkan dan dirasakan masyarakat. Hal itu terungkap dari hasil penelitian yang menyatakan masih kurangnya akses terhadap fasilitas kesehatan, baik RS maupun puskesmas. Data Riskesdas 2018 menyatakan bahwa hanya 37,1% rumah tangga yang menyatakan akses mudah ke RS dan 39,2% akses mudah ke puskesmas/pustu/pusling/bidan desa. Keluhan kualitas pelayanan masih terdengar dari penerima pelayanan kesehatan, seperti yang diungkap dari data *Study Responsiveness* tahun 2018.

Perkembangan teknologi menjanjikan kemudahan di bidang kesehatan dan hal ini tidak bisa dielakkan karena mengingat di kota-kota besar Indonesia sudah berdiri rumah sakit pemerintah dan swasta dengan pelayanan canggih. Teknologi *Artificial Intelligence* (AI) atau kecerdasan buatan ke depan akan membantu bidang kesehatan berkat revolusi digital pengembangan AI. Teknologi digital akan membebaskan dokter, perawat, dan peneliti untuk lebih memfokuskan diri pada tugas-tugas kognitif tinggi dan perawatan pasien. Teknologi AI telah diterapkan dalam bidang bedah ortopedi, mata, saraf, jantung, dan lain-lain dengan "*minimal invasive*" sehingga memberikan kesembuhan yang lebih cepat, komplikasi lebih rendah, dapat dilakukan prosedur yang kompleks, dan dapat menurunkan dampak jumlah pasien rawat inap sampai 21%. Penggunaan AI akan membantu dokter mendiagnosis penyakit, mendeteksi perkembangan kanker, mendeteksi serangan jantung dengan tingkat keberhasilan 93% lebih unggul jika dibandingkan

dengan operator manusia yang hanya 73%. Selain teknis medis, AI juga akan membantu pengawasan perawatan secara virtual, mengatur alur di bidang administrasi dan rekam medik. Perkembangan teknologi ini akan membutuhkan biaya modal untuk pengadaan alat dan SDM yang kompeten.

Riset Intervensi Kesehatan 2018–2019 menunjukkan bahwa di sisi lain masih ada desa-desa terpencil yang jauh dari jangkauan. Keterasingan ini bisa terjadi karena daerah yang terpencil dengan transportasi sulit, seperti yang dijumpai di pulau-pulau terpencil atau di pedalaman. Hambatan juga terjadi karena budaya yang sulit berubah seperti yang terjadi di suku tertentu yang masih menolak modernisasi dan teknologi baru. Daerah dengan kondisi ini belum memungkinkan untuk diterapkan teknologi modern.

Medis konvensional menjadi andalan, tetapi cara-cara tradisional masih sangat berperan melalui pelayanan pengobatan tradisional dan cara-cara tradisional lainnya. Pelayanan tradisional juga terbukti masih diminati oleh 31,4% masyarakat yang mengaku menggunakan pelayanan tradisional dan 12,9% melakukan upaya sendiri (Risikesdas, 2018). Penggunaan upaya kesehatan tradisional berupa obat tradisional (jadi atau buatan sendiri) dan keterampilan cara manual masih cukup populer. Alternatif pengobatan terus berkembang dan masih banyak potensi di tingkat masyarakat yang dapat dimanfaatkan di bidang kedokteran. Kesemuanya membutuhkan pemikiran agar pembangunan kesehatan masyarakat merata dengan tetap mengikuti arus globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

1.4 Kerangka Kerja Logis (*Logical Framework*) dan *Building Block of Health System*

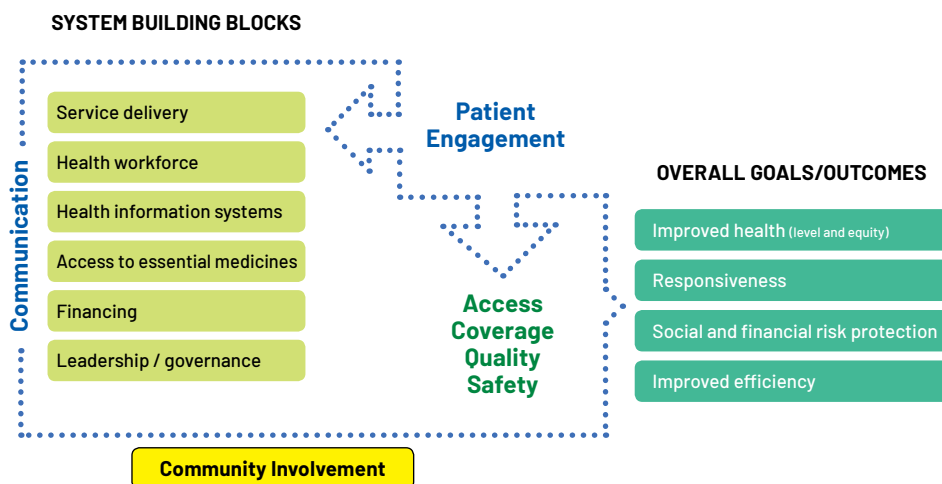
Untuk menguraikan beberapa bab isi buku yang berisi masalah kesehatan, tantangan dan solusi akan dilakukan sesuai dengan pendekatan menggunakan kerangka *Logical Framework* dan *Building Block of Health System*. Buku ini akan menguraikan pembangunan kesehatan yang terjadi di Indonesia dan memberikan gambaran evaluasi performa pembangunan kesehatan. Program kesehatan akan

dikelompokkan sesuai dengan *building block health system*. Tujuan utama kerangka kerja (*framework*) ini adalah untuk mempromosikan pemahaman bersama tentang apa itu sistem kesehatan dan penguatan sistem kesehatan. Definisi dan komunikasi yang jelas sangat penting. Masalah kesehatan, tempat dan alasan penyelidikan terhadap masalah kesehatan yang dilakukan perlu jelas. Apa hasilnya, tantangannya, dan bagaimana pengelolaan masalah? Pendekatan kerangka kerja (*framework*) ini dilakukan untuk mendefinisikan sejumlah subsistem (*building block*) yang membentuk sistem. Subsistem ini berdasarkan fungsi yang ditentukan dalam SKN adalah upaya kesehatan; tenaga kesehatan; penelitian dan pengembangan (informasi); produk medis, vaksin, dan teknologi; pembiayaan; kepemimpinan dan tata kelola; serta pemberdayaan masyarakat.

Pembahasan (pengkajian) pembangunan kesehatan di sini dibagi menjadi kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan dan kesehatan promotif-preventif yang diurai menjadi beberapa bab dan subbab. Setiap bab akan menilai berdasarkan kerangka logis terkait dengan dampak/ nilai manfaat tujuan program kesehatan dengan melihat input sampai dampak (*impact*). Setiap evaluasi program dalam bab yang berbeda tidak selalu runut, tetapi dinamis sesuai dengan fokus program yang dievaluasi dengan melihat kemanfaatan program yang bisa bersifat positif ataupun negatif. Melalui model logik ini, hubungan sebab akibat dapat dibuktikan melalui hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan, baik oleh Badan Litbangkes maupun lembaga penelitian lain. Dampak suatu program tidak bisa hanya diklaim sebagai hasil dari program kesehatan. Oleh karena itu, faktor-faktor nonkesehatan juga perlu dipertimbangkan dan dibahas.

Gambaran masalah di setiap bab dianalisis merupakan bukti keberhasilan program Unit Utama Kementerian Kesehatan. Hal itu dilakukan untuk mengetahui keberhasilannya sehingga diketahui kemampuan dan kendala dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dan solusi atau alternatif menyelesaikan masalah kesehatan. Pembangunan kesehatan masa depan harus berbeda dengan memperhatikan bonus demografi serta reformasi industri 4.0. Program Kesehatan tidak lagi diselenggarakan sebagai "*bussiness as usual*", tetapi harus mampu

beradaptasi dengan kondisi dan tantangan masa depan yang sarat pemanfaatan teknologi informasi dan digital. Kajian yang memberikan solusi “out of the box” diharapkan akan mendorong munculnya kebijakan afirmasi di berbagai bidang kesehatan yang membuka pikiran kita dalam menemukan solusi inovatif yang sesuai dengan situasi dan kondisi serta tidak melakukan generalisasi karena mengingat sangat bervariasinya kondisi sosial budaya Indonesia.



Gambar 1.2
Framework of Writing

Penulisan buku ini telah melibatkan banyak peneliti dari Badan Litbang Kesehatan dan pakar dari WHO dan perguruan tinggi di Indonesia untuk mendukung teknis penulisan. Pencapaian hasil akhir berupa buku dalam bentuk bunga rampai yang disusun, dicetak, dan dipublikasi setelah melalui proses sebagai berikut:

1. pertemuan pendahuluan (*initial meeting*) dengan tim inti Badan Litbangkes dan para ahli dari WHO *Indonesia Country Office*;
2. diskusi daftar isi buku;
3. penyusunan kerangka acuan kerja;
4. penyusunan tim berdasarkan Surat Keputusan Kepala Badan Litbangkes;
5. pengumpulan data dan informasi yang diperlukan ;
6. penulisan isi bab-bab buku;
7. pelaksanaan seminar untuk memperoleh masukan;

8. pemfinalan (finalisasi) buku;
9. pemublikasian buku.

Buku ini terdiri atas 12 bab dan masing-masing terbagi lagi dalam subbab. Bab 1 Pendahuluan berisi uraian yang akan mengantar pembaca pada maksud dan tujuan serta manfaat buku. Bab 2 menyampaikan tren beban penyakit di Indonesia sampai tahun 2017, dilanjutkan dengan Bab 3 yang mengupas upaya pembangunan kesehatan jika dilihat dari pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi, kesehatan reproduksi, keluarga berencana, baik tentang masalah, tantangan maupun solusinya. Bab 4 mengupas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit yang terbagi menjadi penyakit menular dan tidak menular. Upaya pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat diakses masyarakat diuraikan dalam Bab 5 yang menyentuh upaya pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan berbagai isu terkait. Pelayanan tidak dapat berlangsung tanpa sumber daya, baik manusia maupun obat dan alat kesehatan. Kedua isu tersebut disampaikan dalam Bab 6 dan Bab 7. Pembiayaan kesehatan menjadi perhatian utama terkait dengan kondisi terkini pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjut atau rujukan dijabarkan di Bab 8. Tata kelola dan Pemerintah sebagai pelaku pembangunan kesehatan diuraikan dan dibahas pada Bab 9. Setiap bab akan menyampaikan masalah dan tantangan serta menganalisis untuk memberikan solusi/rekomendasi dengan dasar bukti ilmiah serta mengoptimalkan berbagai potensi kekayaan lokal, termasuk kekayaan hayati, metode inovatif, pelayanan kesehatan tradisional, dan pemberdayaan masyarakat.

Bab 10 berisi peran penelitian dan pengembangan dalam penguatan sistem kesehatan Indonesia. Bab itu merupakan bab khusus yang membahas pentingnya bukti ilmiah dalam mengantar suatu kebijakan kesehatan. Keseluruhan bahasan dalam setiap bab menggunakan data utama hasil penelitian oleh Badan Litbangkes selaku pendukung Unit Utama Kementerian Kesehatan. Keseluruhan Bab 2 sampai dengan Bab 10 akan dirangkai dalam analisis yang mendalam pada Bab 11 tentang bagaimana memperkuat sistem kesehatan di Indonesia. Tata urut per bab yang akan ditampilkan dalam buku diakhiri dengan Bab 12 mengenai epilog.

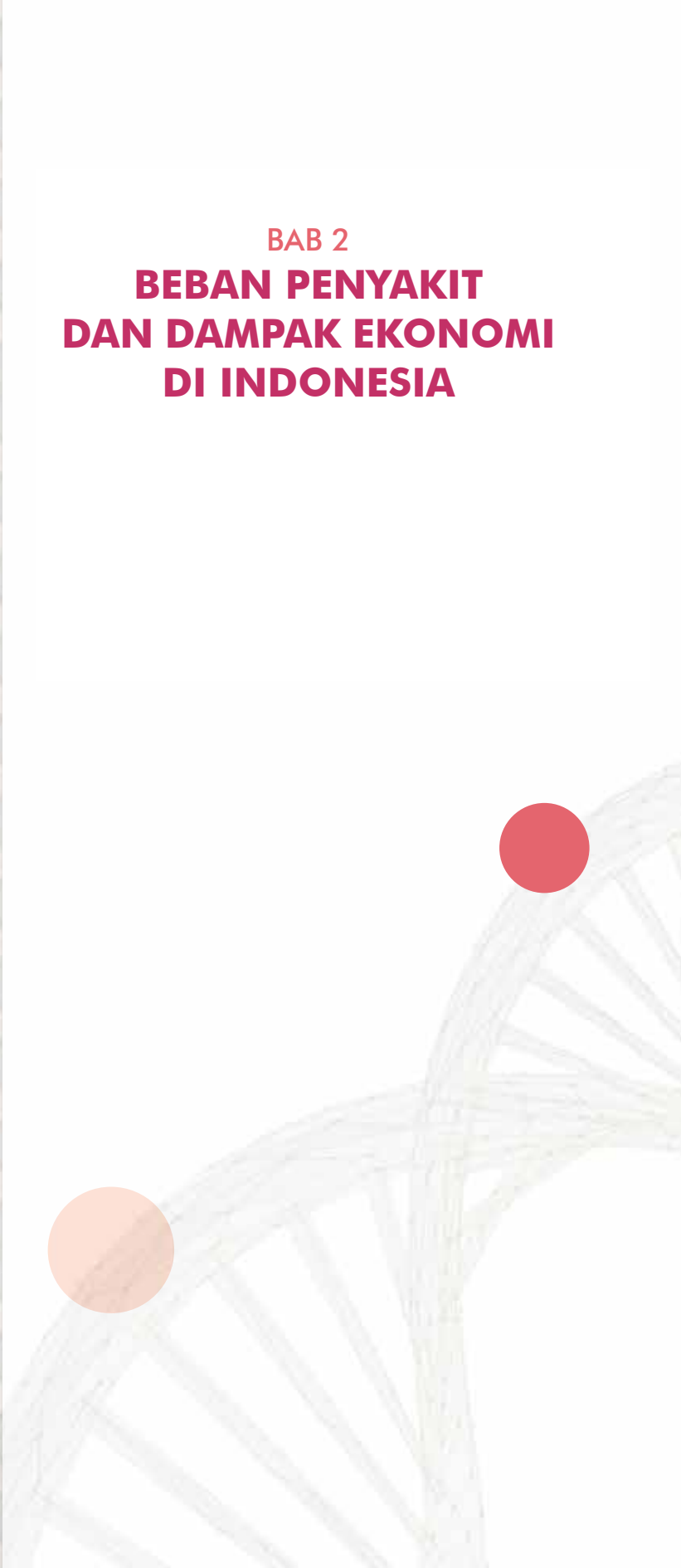
Daftar Pustaka

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak & BPS. 2018. Statistik Gender Tematik : Profil Generasi Milenial Indonesia. Jakarta. Diakses tanggal 11 Maret 2020 dari <https://www.kemennpppa.go.id/lib/uploads/list/9acde-buku-profil-generasi-milenia.pdf>
- Bappenas,BPS, UNPF. 2013. Proyeksi Penduduk Indonesia 2010–2035 . Jakarta: BPS. Diakses 3 April 2020. https://www.bappenas.go.id/files/5413/9148/4109/Proyeksi_Penduduk_Indonesia_2010-2035.pdf
- BPS 2010. Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2010. Jakarta: BPS Indonesia. 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015–2019. . Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Data dan Informasi Kesehatan Penyakit Tidak Menular 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2012: 48.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Leonellha Barreto Dillon. Logical Framework Approach. Diakses 12 November 2019. <https://sswm.info/planning-and-programming/decision-making/planning-community/logical-framework-approach>
- Manik, K.E.S. 2016. Pengelolaan Lingkungan Hidup. Jakarta: Kencana
- Melody T Tan, Rita Kusriastuti, Lorenzo Savioli, Peter J.Hotez. Indonesia: An Emerging Market Economy Best by Neglected Tropical Diseases (NTDs). Feb 2014 PLOS Neglected Tropical Diseases 8(2):e2449).
- Pemerintah Indonesia a. 2014. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298. Jakarta
- Pemerintah Indonesia b. 2014. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7. Jakarta
- Pemerintah Indonesia. 2012. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.

- Prasetya E. 2017. Dari 17.504 Pulau di Indonesia, 16.056 telah diverifikasi PBB
— Merdeka — 19 Agustus 2017.
- World Health Organization 2008. Strategic Plan for Strengthening Health
Systems in the WHO Western Pacific Region . Geneva, Switzerland:
WHO Press.
- World Health Organization 2010. Monitoring the building blocks of health
systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.
Geneva: WHO Press
- World Health Organization 2018. Global tuberculosis report 2018 ISBN 978-
92-4-156564-6. France: WHO Press. Diakses 3 April 2020. [https://apps.
who.int/medicinedocs/documents/s23553en/s23553en.pdf](https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23553en/s23553en.pdf)
- World Health Organization.2007.Everybody's Business. Strengthening Health
Systems To Improve Health Outcomes. Who's Framework For Action.
Geneva: WHO Press

BAB 2

**BEBAN PENYAKIT
DAN DAMPAK EKONOMI
DI INDONESIA**



BAB 2

Beban Penyakit dan Dampak Ekonomi di Indonesia

Tety Rachmawati, Wahyu P. Nugraheni, Syarifah Nuraini dan Tita Rosita

2.1 Metode Analisis Beban Penyakit (*Burden Of Disease*)

Indonesia saat ini mengalami transisi di bidang kesehatan, ditandai dengan adanya transisi demografi dan transisi epidemiologi. Transisi demografi terjadi karena adanya perubahan struktur penduduk dan menurunnya angka ketergantungan, hal itu membuat Indonesia mengalami bonus demografi. Bonus demografi, dengan besarnya proporsi masyarakat yang berada di usia produktif, membawa kesejahteraan untuk Indonesia jika dimanfaatkan dengan baik, tetapi di satu sisi akan menjadi bumerang jika tidak dipersiapkan. Hal itu terjadi karena pada tahun 2030 akan ada titik balik, yaitu jumlah penduduk usia lanjut (lanjut usia, lansia) mengalami peningkatan yang besar (Adioetomo, 2005). *World Population Prospects* (United Nations, 2015) memperkirakan pada tahun 2050 akan ada 21,4% jumlah penduduk yang termasuk golongan lansia dan diperkirakan akan terus bertambah menjadi sebesar 41 persen pada tahun 2100. Lansia dengan kondisi degeneratifnya membuat mereka berisiko tinggi untuk terkena penyakit tidak menular sehingga mengakibatkan lonjakan angka penyakit tidak menular pada masa akan datang.

Transisi demografi ini pun berkaitan erat dengan transisi epidemiologi. Transisi epidemiologi menggambarkan adanya perubahan pola kematian dan penyebabnya serta pola penyakit dalam suatu masyarakat. Transisi epidemiologi mengakibatkan pergeseran beban penyakit dari penyakit menular (PM) ke penyakit tidak menular (PTM). Perubahan ini menjadikan PTM meningkat signifikan dan kini menjadi faktor penyebab utama kematian di Indonesia. Penting bagi suatu negara untuk melihat transisi demografi dan epidemiologi sebagai dasar penentuan program kesehatan.

Salah satu upaya untuk mengetahui seberapa besar masalah transisi epidemiologi di Indonesia adalah dengan melakukan analisis beban penyakit. Pada tahun 2018, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan, perguruan tinggi dan para ahli di Indonesia melakukan kolaborasi dengan

Institute for Health Metric and Evaluation (IHME) untuk melakukan *Global Burden of Disease* atau analisis beban penyakit di Indonesia. Penelitian ini menghasilkan gambaran keadaan penyakit di Indonesia yang terjadi dari tahun 1990 hingga 2017.

Hasil penghitungan analisis beban penyakit menggambarkan bahwa transisi epidemiologi telah terjadi di Indonesia. Pada tahun 1990 penyakit tidak menular, KIA dan gizi menjadi penyebab utama kematian, tetapi pada tahun 2017 menjadi penyakit tidak menular. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa penyakit menular serta kesehatan ibu dan anak juga masalah gizi masih menjadi masalah yang belum terselesaikan pada beberapa wilayah di Indonesia. Hal itu mengakibatkan Indonesia memiliki beban ganda, yaitu penyakit tidak menular makin meningkat, tetapi penyakit menular belum tuntas. Beban ganda ini biasa terjadi pada negara yang sedang berkembang (Marshall, 2004 dan Bygbjerg, 2012).

Analisis beban penyakit bermanfaat dalam kebijakan kesehatan untuk menilai kinerja program kesehatan, mengidentifikasi masalah yang perlu dikendalikan terkait dengan faktor risiko kesehatan sebagai sumber informasi perencanaan untuk intervensi kesehatan, menghasilkan informasi pada forum debat ilmiah, untuk penentuan prioritas masalah kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan (Lopez Alan *et al.*, GBD & risk factor, Lancet 2006). Pembuat kebijakan harus merencanakan kemungkinan pergeseran berkelanjutan menuju PTM dan menargetkan sumber daya untuk pencegahan dan pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi untuk pencegahan terjadinya kematian prematur. Pengendalian faktor risiko PTM dapat meningkatkan kesempatan untuk mengurangi risiko kematian di masa depan (Foreman, Kyle J *et al.*, 2017).

Untuk mendapatkan hasil analisis beban penyakit diperlukan data morbiditas, (prevalensi, insidensi, dan disabilitas) mortalitas dan faktor risiko level nasional dan provinsi. Adapun sumber data adalah data berbasis masyarakat (sensus, registrasi sipil, dan survei masyarakat) dan data berbasis institusi (data individu, data pelayanan dan data register penyakit), laporan tahunan program, laporan tahunan provinsi, jurnal nasional dan internasional. Kendala utama dalam pelaksanaan

adalah terbatasnya data di level provinsi dan akses terhadap data yang berskala nasional.

Analisis beban penyakit dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Global Burden Disease* (GBD) kerja sama antara Badan Litbangkes dan *Institute of Health Metrics for Evaluation* (IHME). Ketika ketersediaan data sulit didapatkan untuk estimasi variabel tertentu, kekuatan diambil dari kovariat yang diketahui telah memiliki hubungan dengan variabel tersebut untuk membuat estimasi terbaik untuk semua penyakit dan faktor risiko yang termasuk dalam daftar GBD. Metode GBD memungkinkan untuk membandingkan beban penyakit dan faktor risiko secara lintas usia, jenis kelamin, geografi, dan waktu dengan menggunakan semua sumber data yang tersedia.

2.2 Umur Harapan Hidup (*Life Expectancy*) dan Harapan Hidup Sehat (*Health Adjusted Life Expectancy*)

Angka harapan hidup adalah jumlah tahun seseorang diharapkan untuk hidup berdasarkan usia mereka saat ini. Harapan hidup untuk suatu kelompok umur (misalnya usia 50 hingga 54 tahun) ditentukan sejak tahun pertama dalam rentang usia. Hal itu merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka harapan hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, kecukupan gizi dan kalori, serta program pemberantasan kemiskinan.

HALE atau Harapan Hidup Sehat adalah jumlah tahun dimana seseorang pada usia tertentu dapat hidup sehat, dengan mempertimbangkan angka kematian dan kecacatan/ kesakitan.

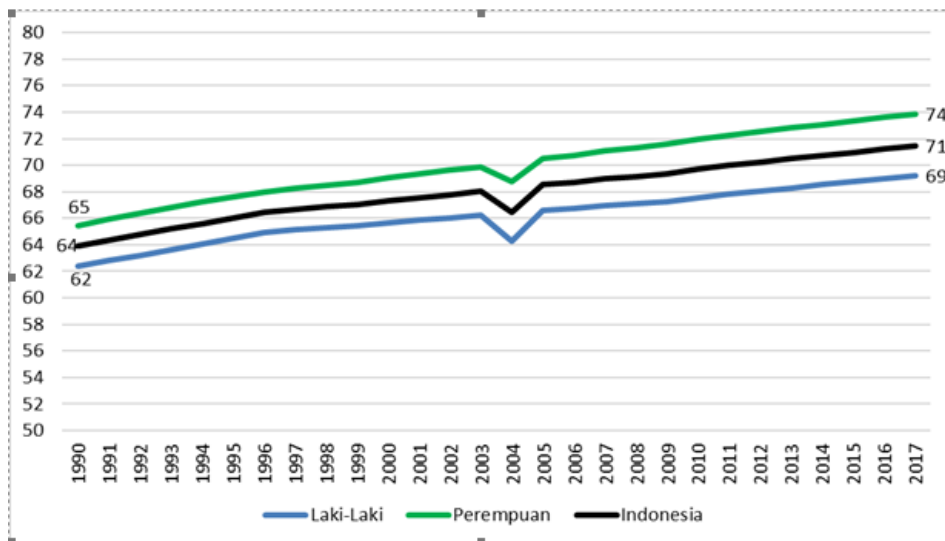
Tabel 2.1 menggambarkan posisi Indonesia di antara negara Asia Tenggara untuk Umur Harapan Hidup (LE) dan Umur Harapan Hidup Sehat (HALE). Di antara negara Asia Tenggara, Singapura mempunyai UHH tertinggi, yaitu 84,79 tahun disusul Thailand (78,11 tahun) dan Brunei (75,35 tahun). Sementara itu, Indonesia berada pada posisi ke-6 (enam) setelah Malaysia dan Vietnam, yaitu 71,48 tahun demikian juga

untuk umur harapan hidup sehat tertinggi Singapura, yaitu 74,22 tahun, sedangkan Indonesia 62,65 tahun.

Tabel 2.1
UHH dan HALE di Negara ASEAN

No.	Negara	Umur Harapan Hidup	Harapan Hidup Sehat
1	Indonesia	71,48	62,65
2	Singapore	84,79	74,22
3	Malaysia	74,72	65,97
4	Brunei	75,35	66,17
5	Philipina	69,73	60,99
6	Thailand	78,11	68,46
7	Vietnam	74,53	65,77
8	Kamboja	69,88	60,74
9	Myanmar	68,50	59,90
10	Laos	67,58	59,48

Sumber : IHME, GBD 2017

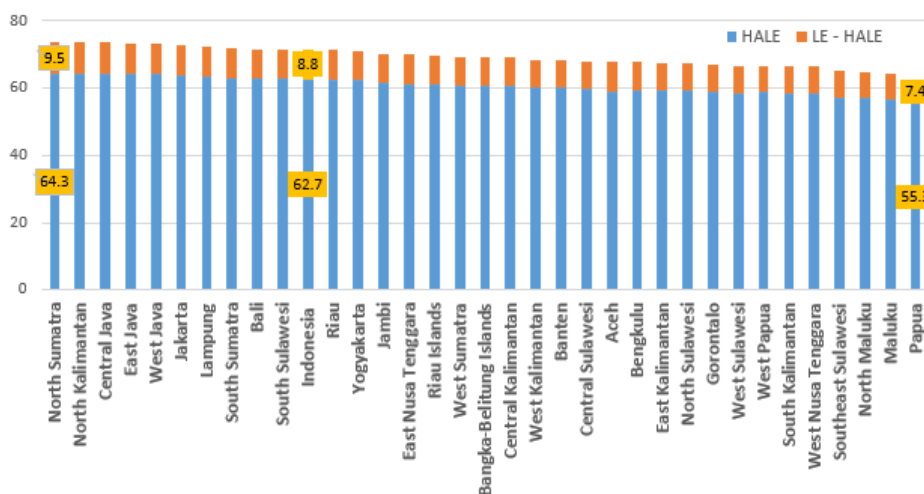


Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes ,dan IHME 2018

Gambar 2.1
Umur Harapan Hidup di Indonesia

Namun, pada gambar 2.1 terlihat bahwa sejak tahun 1990–2017 umur harapan di Indonesia terus meningkat dari 64 tahun (1990) menjadi 71 tahun (2017). Jika dilihat menurut jenis kelamin, umur harapan hidup perempuan tampak lebih tinggi daripada laki-laki. Hal itu terlihat pada tahun 1990, perempuan 65 tahun dan laki-laki 62 tahun; tahun 2017 perempuan 74 tahun dan laki-laki 69 tahun. Terdapat selisih 5 tahun UHH perempuan terhadap laki-laki pada tahun 2017. Walaupun terus meningkat, umur harapan hidup di Indonesia masih lebih rendah jika dibandingkan dengan beberapa negara Asia Tenggara lainnya.

Fakta di atas menunjukkan bahwa Pemerintah Indonesia harus berupaya lebih keras untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya dan derajat kesehatan pada khususnya agar umur harapan hidup dapat meningkat.



Sumber : Analisis Beban Penyakit, Badan Litbangkes, dan IHME 2018

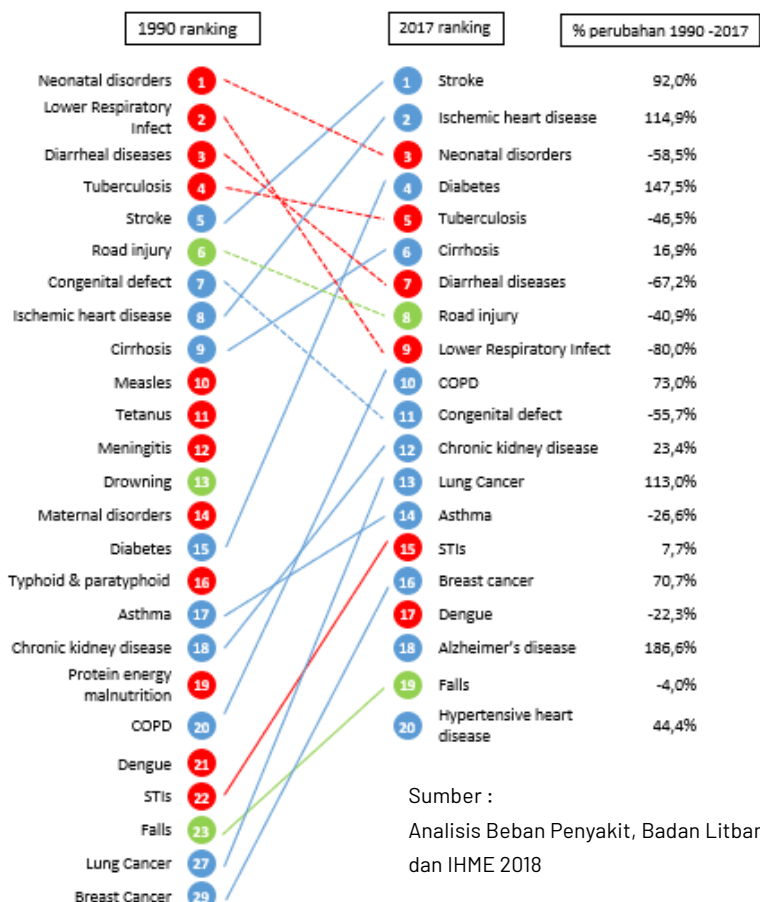
Gambar 2.2
UHH dan HALE di 34 Provinsi

Gambar 2.2 menggambarkan umur harapan hidup dan harapan hidup sehat 34 provinsi di Indonesia. Umur harapan hidup tertinggi di Sumatra Utara dan terendah di Papua, tetapi umur harapan sehat (HALE) tertinggi terdapat di Jawa Tengah. Sumatra Utara memiliki UHH tinggi, tetapi umur mengalami *disability* dan *mortality* (LE - HALE) juga

tinggi (9,5 tahun), sebaliknya di Papua UHH rendah dan (LE-HALE) juga rendah jika dibandingkan dengan provinsi lain, yaitu 7,4 tahun. Hal itu juga menunjukkan disparitas angka UHH dan HALE yang cukup tinggi antarprovinsi.

2.3 Years Of Life Lost (YLL)

Years of Life Lost (YLL) adalah jumlah tahun hidup yang hilang akibat kematian dini atau kematian prematur. YLL dipengaruhi oleh umur harapan hidup dalam suatu populasi berdasarkan kelompok umur. YLL mengukur semua waktu yang hilang ketika seseorang meninggal sebelum waktunya, yaitu meninggal sebelum mencapai usia harapan hidup yang ideal. Usia harapan hidup ideal didasarkan pada harapan hidup tertinggi di dunia untuk kelompok usia orang tersebut.

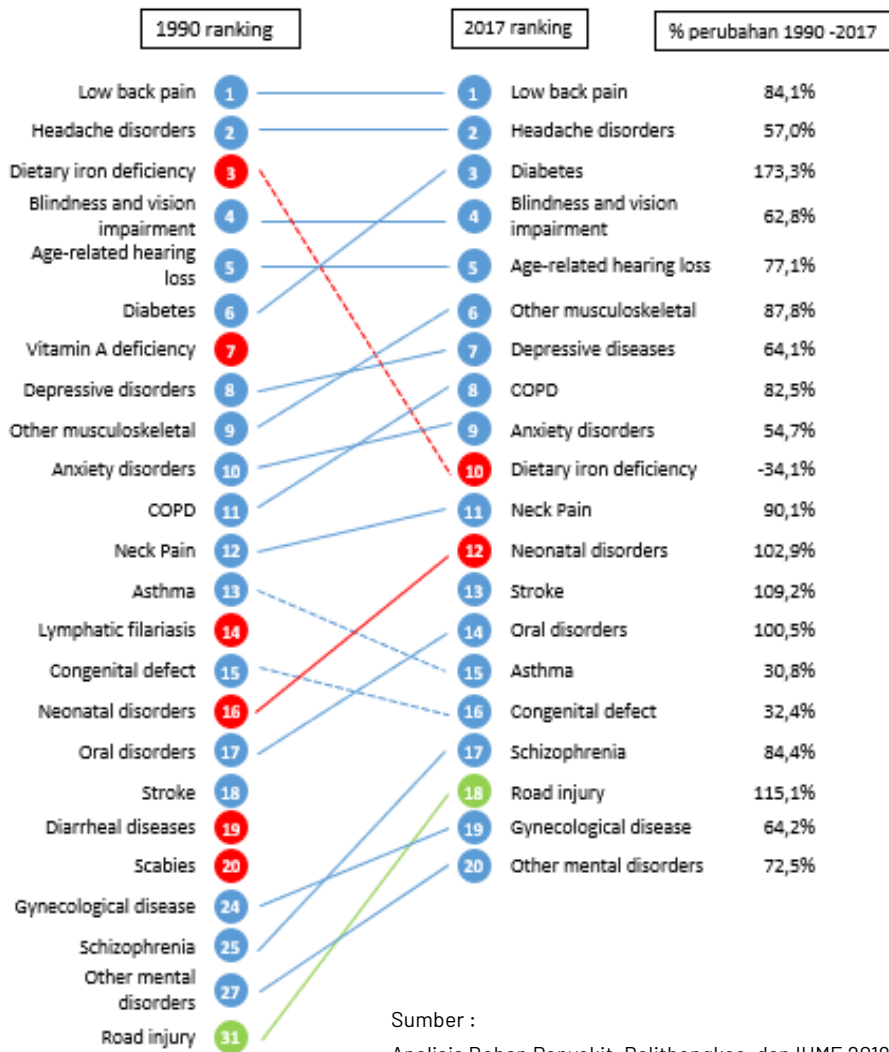


Gambar 2.3
Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab YLL di Indonesia Tahun 1990 dan 2017

Gambar 2.3 menunjukkan perubahan peringkat tahun yang hilang akibat kematian dini dari tahun 1990 ke tahun 2017. Lima penyebab utama *Year Life Lost* (YLL) atau tahun yang hilang karena kematian dini pada tahun 1990 sebagian besar disebabkan oleh *neonatal disorders*, penyakit menular (*tuberculosis*, *lower respiratory infection* dan *diarrheal disease*). Sementara itu, pada tahun 2017, sebagian besar kematian dini disebabkan oleh penyakit tidak menular, yaitu *stroke*, *ischemic heart disease*, *neonatal disorders*, *diabetes*, dan *tuberculosis*. Perlu diwaspadai tahun yang hilang akibat kematian dini meningkat cukup tajam dari tahun 1990 ke tahun 2017 akibat *alzheimer's disease* (186,6%), *diabetes* (147,5%), *ischemic heart disease* (114,9%) dan *lung cancer* (113%); sedangkan *dietary iron deficiency* mengalami penurunan peringkat dari peringkat kedua pada tahun 1990 menjadi peringkat kesepuluh pada tahun 2017 (-80%).

2.4 **Years Of Lived With Disability (YLD)**

Years of Lived with Disability adalah jumlah tahun hidup dengan kondisi tidak sehat atau disabilitas. YLD dipengaruhi oleh *disability weight* dan insiden suatu penyakit. YLD mengukur tahun kehidupan seseorang hidup dalam setiap kondisi, baik jangka pendek maupun jangka panjang yang membuat seseorang tidak dapat hidup dalam kondisi sehat penuh. Kondisi ini dihitung dengan mengalikan jumlah waktu (dinyatakan dalam tahun) dengan bobot kecacatan (angka yang menghitung tingkat keparahan kecacatan) yang diakibatkan oleh penyakit tertentu.



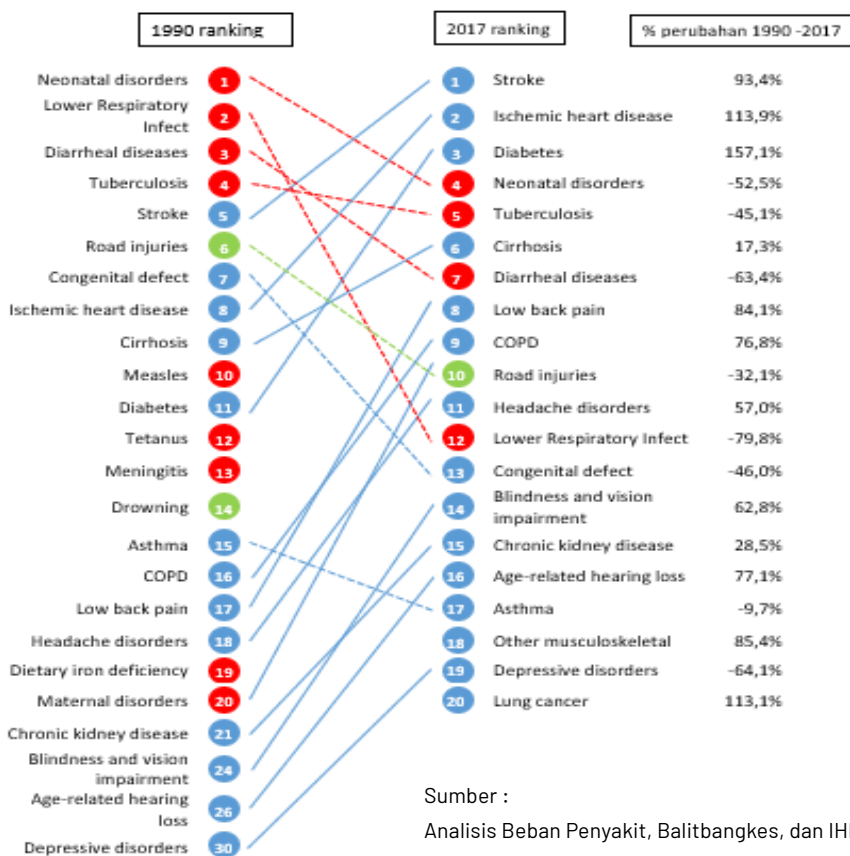
Gambar 2.4
Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab YLD di Indonesia Tahun 1990 dan 2017

Gambar 2.4 menunjukkan perubahan peringkat tahun yang hilang akibat disabilitas dari tahun 1990–2017. *Low back pain* tetap menjadi penyebab utama disabilitas di Indonesia sejak tahun 1990 sampai dengan 2017 diikuti oleh *headache disorders* di peringkat kedua. Jika dilihat persentasi perubahan, diabetes harus diwaspadai karena mempunyai persen perubahan tertinggi. Sebagian besar penyakit tidak menular mengalami peningkatan peringkat penyebab tahun

yang hilang akibat disabilitas. Perlu diwaspadai tahun yang hilang akibat disabilitas meningkat cukup tajam dari tahun 1990–2017 akibat diabetes (173,3%), *road injuries* (115,1%) dan *neonatal disorders* (102,9%). Sementara itu, *dietary iron deficiency* mengalami penurunan peringkat dari peringkat ketiga pada tahun 1990 menjadi peringkat kesepuluh pada tahun 2017 (-34,1%).

2.5 **Disability Adjusted Life Years (DALY)**

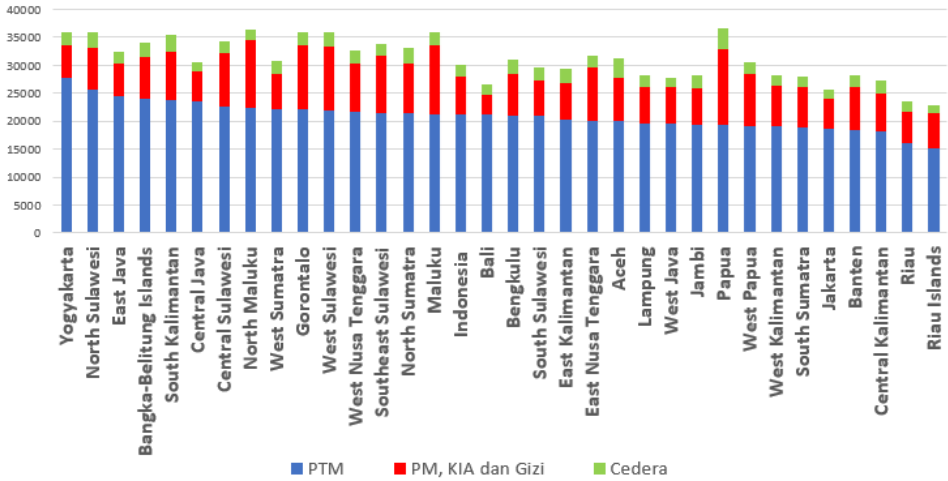
DALY menggambarkan kematian dini, kesakitan dan kecacatan yang disebabkan oleh penyebab atau kondisi tertentu dan terdiri atas dua komponen, yaitu *years of life lost* (YLL) dan *years of life lived with disability* (YLD). Menjumlahkan YLL dan YLD menjadi DALY dapat memberikan gambaran total kehilangan waktu hidup sehat yang dialami seseorang selama hidupnya dalam satu perhitungan (*metric*). DALY's mengukur keseluruhan beban penyakit, baik morbiditas, mortalitas, maupun kecacatan dalam satu perhitungan. Dengan menambahkan semua kehilangan kesehatan dalam suatu populasi bersama-sama, hal itu dapat memberikan estimasi beban kematian dini, kesakitan, dan kecacatan sehingga memungkinkan pembuat kebijakan dan peneliti membuat perbandingan dalam menilai status kesehatan dalam suatu populasi.



Gambar 2.5

Dua Puluh Peringkat Teratas Penyebab DALYs di Indonesia tahun 1990 dan 2017

Gambar 2.5 menunjukkan perubahan peringkat tahun yang hilang akibat beban penyakit dari tahun 1990–2017. Pada tahun 2017, hampir seluruh penyakit tidak menular mengalami peningkatan peringkat apabila dibandingkan dengan tahun 1990. Penyebab utama tahun yang hilang beban penyakit pada tahun 1990 adalah *neonatal disorders*, *lower respiratory infection*, *diarrheal disease*, *tuberculosis* dan *stroke*. Pada tahun 2017, lima penyebab utama beban penyakit disebabkan oleh *strok*, *ischemic hearth disease*, *diabetes*, *neonatal disorders* dan *tuberculosis*. Strok mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 1990 menjadi peringkat pertama pada tahun 2017 dengan peningkatan sebesar 93,4%. Perlu diwaspadai tahun yang hilang akibat beban penyakit meningkat cukup tajam dari tahun 1990 ke tahun 2017 akibat *diabetes* (157,1%), *ischemic heart disease* (113,9%) dan *lung cancer* (113,1%).

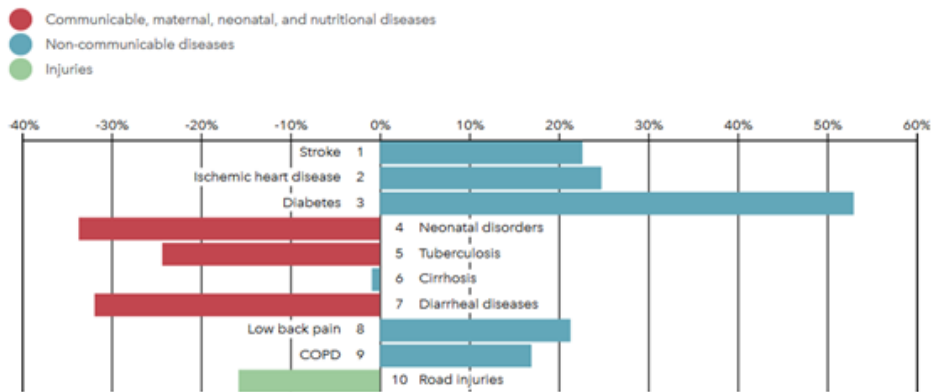


Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IHME 2018

Gambar 2.6
DALYs per 100.000 pada Tiga Kelompok Penyakit Menurut Provinsi di Indonesia Tahun 2017

Gambar 2.6 menunjukkan beban penyakit (DALYs) per 100.000 penduduk pada 3 (tiga) kelompok penyakit di setiap provinsi di Indonesia. Beban penyakit tertinggi untuk PTM ada di Provinsi Yogyakarta (sekitar 27.000 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), Sulawesi Utara (sekitar 25.000 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), dan Jawa Timur (sekitar 24.000 tahun yang hilang per 100.000 penduduk).

Hasil analisis beban penyakit di Indonesia dari tahun 1990–2017, baik nasional maupun provinsi menunjukkan perubahan pola penyakit (transisi epidemiologi) dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular selain menunjukkan perubahan peringkat dan persentase pola penyakit di Indonesia di 34 provinsi. Hasil analisis beban penyakit juga dapat menggambarkan rasio penyebab DALY *Observe* terhadap DALY *Expected* berdasarkan Indeks Sosial Demografi (SDI).



Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IJME 2018

Gambar 2.7

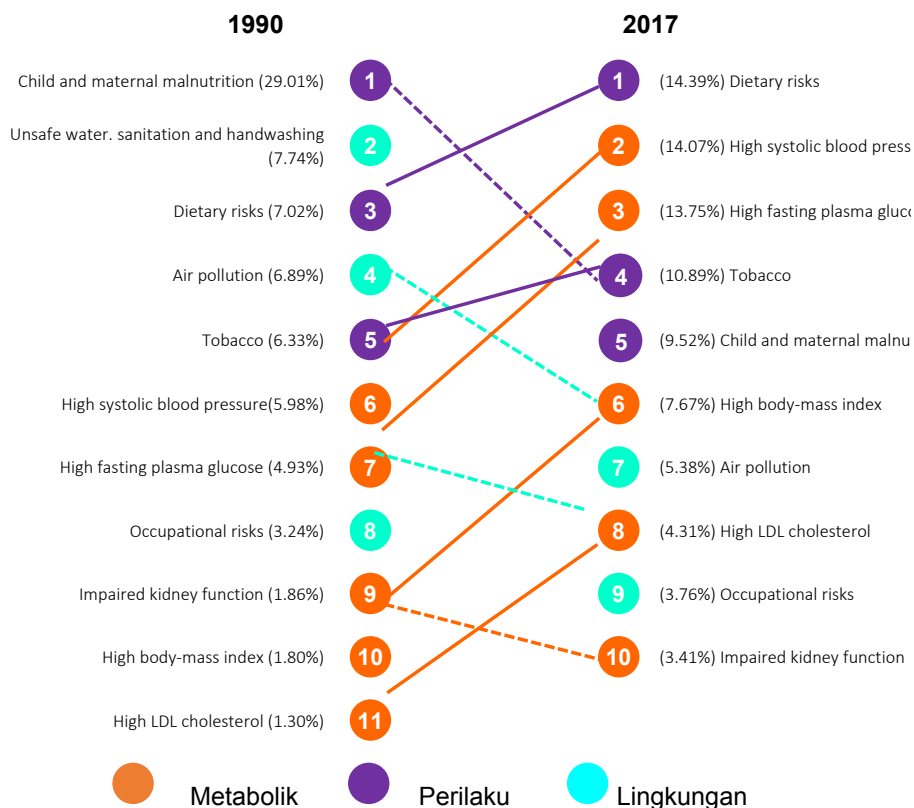
Sepuluh Peringkat Teratas DALYs di Indonesia Tahun 2017 dan Persentase Perubahannya, 2007–2017

Gambar 2.7 menunjukkan penurunan dan peningkatan persentase DALY *lost* peringkat 10 besar penyakit di Indonesia. Strok, *ischemic heart disease* (IHD), *diabetes* dan *low back pain* menunjukkan peningkatan persentase cukup besar dalam 10 tahun terakhir (2007–2017), yaitu strok dan IHD dan *low back pain* lebih dari 20%, sedangkan *diabetes* lebih dari 50%. Di sisi lain *neonatal disorders*, *tuberkulosis*, dan *diare* menunjukkan penurunan cukup besar dalam 10 tahun terakhir walaupun masih masuk dalam peringkat 10 besar beban penyakit terbesar, *neonatal disorders* dan *diare* mengalami persentase penurunan lebih dari 30% dan *tuberkulosis* menurun lebih dari 20%. Demikian juga kecelakaan lalu lintas menurun dalam 10 tahun terakhir, yakni sebanyak lebih dari 15%.

2.6 Faktor Resiko

Faktor risiko adalah atribut, karakteristik, atau paparan apa pun dari seseorang yang meningkatkan kemungkinan terjadinya suatu penyakit atau cedera. Pada umumnya faktor risiko dapat dikontrol dan dikendalikan. Beberapa contoh faktor risiko yang paling penting adalah berat badan kurang, hubungan seks tidak aman, tekanan darah tinggi, konsumsi tembakau dan alkohol, air yang tidak aman, sanitasi, dan kebersihan.

Dalam analisis beban penyakit ini, faktor risiko dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu (1) perilaku, (2) lingkungan; dan (3) metabolik. Secara terperinci, terdapat 84 jenis faktor risiko.

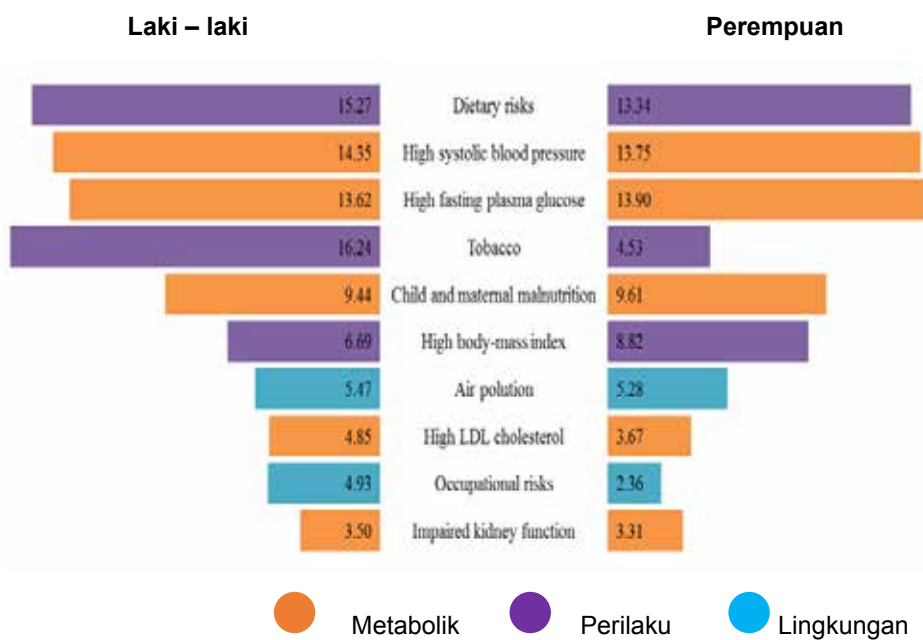


Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IHME 2018

Gambar 2.8
Sepuluh Peringkat Teratas Faktor Risiko DALYs di Indonesia tahun 1990 dan 2017

Gambar 2.8 menunjukkan pergeseran faktor risiko terhadap DALYs pada tahun 1990 dan 2017. Faktor risiko *dietary risks* pada tahun 2017 menduduki peringkat pertama dengan kontribusi sebesar 14,39% dari total DALYs, meningkat dari peringkat ketiga pada tahun 1990. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku pola makan berisiko menjadi faktor risiko utama yang perlu dilakukan intervensi. Peringkat faktor risiko selanjutnya adalah *high systolic blood pressure*, *high fasting*

plasma glucose, tobacco dan *child and maternal malnutrition*. Pada tahun 1990, *child and maternal malnutrition* menduduki peringkat pertama berkontribusi sebesar 29,01% dari total DALYs. Selanjutnya, pada tahun 2017 hal itu menurun menjadi peringkat kelima dengan kontribusi sebesar 9,52% dari total DALYs. Faktor risiko lingkungan pada tahun 2017 tampak membaik. Faktor itu ditunjukkan dengan menurunnya peringkat faktor risiko *air pollution* kontribusi terhadap DALYs menurun dari peringkat keempat (1990) menjadi peringkat ketujuh (2017). Demikian pula faktor risiko *unsafe water, sanitation, and handwashing* menurun dari peringkat kedua (1990) menjadi tidak masuk dalam sepuluh besar.



Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IHME 2018

Gambar 2.9
 Persentase DALYs Total pada Sepuluh Faktor Risiko Teratas
 Menurut Jenis Kelamin di Indonesia Tahun 2017

Gambar 2.9 menunjukkan perbedaan faktor risiko terhadap beban penyakit menurut jenis kelamin. *Dietary risks, high systolic blood pressure, high fasting plasma glucose, tobacco, dan child and maternal malnutrition* merupakan faktor risiko utama, baik pada laki-laki maupun

perempuan yang berkontribusi terhadap beban penyakit. Merokok menjadi faktor risiko terbesar pada laki-laki yang berkontribusi terhadap beban penyakit sebesar 16,24%, sedangkan pada perempuan berkontribusi sebesar 4,53%. *Dietary risks* berkontribusi cukup besar terhadap beban penyakit, baik pada laki-laki maupun perempuan, tetapi kontribusi terhadap DALYs pada laki-laki (15,27%) lebih besar daripada perempuan (13,34%). Kontribusi faktor risiko *high body-mass index* pada perempuan (8,82%) lebih besar jika dibandingkan dengan laki-laki (6,69%).

Peningkatan faktor risiko metabolik dan penuaan pada populasi akan terus mendorong tren peningkatan penyakit tidak menular yang menghadirkan tantangan dan peluang dalam kesehatan masyarakat. Akibatnya, diperlukan pemantauan paparan risiko dan penelitian epidemiologi untuk menilai hubungan sebab akibat antara faktor risiko dan hasil luaran kesehatan. (*GBD, 2017; Risk Factor Collaborators, 2017*).

2.7 Estimasi Kerugian Ekonomi 20 Penyakit dengan Peringkat DALYS Tertinggi Tahun 2017

Hasil perhitungan *burden of disease* tahun 2017 menunjukkan bahwa 20 penyakit dengan peringkat DALYS tertinggi adalah stroke, IHD, *diabetes melitus, neonatal disorder, tuberculosis, cirrhosis, diarrheal diseases, low back pain, COPD, road injuries, headache disorders, lower respiratory infection, congenital defect, blindness and vision impairment, chronic kidney disease, age related hearing loss, asthma, other musculoskeletal, depressive disorder, dan lung cancer*. Di antara kedua puluh penyakit tersebut tampak bahwa sebagian besar merupakan penyakit tidak menular. Penyakit dengan DALYs terbesar adalah stroke.

Tabel 2.2 menunjukkan besaran kerugian ekonomi negara selama satu tahun pada dua puluh penyakit dengan DALYs tertinggi. Tampak bahwa kerugian ekonomi akibat hilangnya waktu produktif pada penyakit stroke, yaitu sebesar Rp382,8 triliun, sedangkan pada penyakit kanker paru, kerugian ekonomi yang terjadi sebesar Rp22,5 triliun. Pada penyakit menular misalnya, estimasi kerugian ekonomi pada penyakit tuberkulosis juga sangat besar, yaitu Rp141,7 triliun.

Jika melihat fakta besarnya kerugian ekonomi yang ditimbulkan oleh penyakit-penyakit tersebut, negara membutuhkan strategi intervensi yang lebih spesifik untuk pencegahan dan pengendalian penyakit penyebab utama kerugian ekonomi. Program pencegahan dan pengendalian penyakit dapat lebih diarahkan pada strategi intervensi yang komprehensif dan efektif tepat sasaran. Hal itu mencakup semua aspek secara terintegrasi termasuk perubahan perilaku hidup sehat, edukasi kesehatan, penguatan kebijakan, pemberdayaan masyarakat dan pelayanan kesehatan dengan aksesibilitas yang lebih baik dan kualitas yang memadai berkeadilan dan merata dengan mengutamakan populasi ataupun wilayah yang paling membutuhkan kehadiran pemerintah untuk memperbaiki status kesehatannya.

Tabel 2.2
Estimasi Kerugian Ekonomi Indonesia pada 20 Penyakit
dengan Peringkat DALYs tertinggi Tahun 2017

No	Nama Penyakit	DALY Total	Kontribusi Konsumsi dalam GDP Indonesia Tahun 2017	GDP Per kapita Indonesia Tahun 2017	Konsumsi Per Kapita (= b*C)	Kerugian Ekonomi
		(a)	(b)	(d)	(a*d)	
1	Stroke	7377265.94	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp382,880,102,386,995
2	IHD	5717632.18	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp296,745,109,908,259
3	DM	4404685.60	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp228,603,182,842,023
4	Neonatal Disorder	4094366.43	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp212,497,617,461,811
5	Tuberculosis	2731782.57	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp141,779,515,145,066
6	Cirrhosis	2430248.93	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp126,129,919,430,905
7	Diarrheal diseases	2357829.94	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp122,371,373,677,221
8	Low back pain	2209057.96	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp114,650,108,331,239
9	COPD	2162136.37	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp112,214,877,596,483
10	Road Injuries	2122403.69	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp110,152,751,264,285
11	Headache disorders	1834971.18	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp95,235,004,289,592
12	Lower respiratory infection	1675207.73	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp86,943,281,073,633
13	Congenital defect	1593238.82	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp82,689,094,817,906
14	Blindness and vision impairment	1366625.69	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp70,927,873,311,000
15	Chronic Kidney Disease	1276806.16	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp66,266,239,568,080
16	Age-related hearing loss	1176626.61	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp61,066,921,115,472
17	Asthma	1160175.92	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp60,213,130,388,411
18	Other Musculoskeletal	1052946.48	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp54,647,922,541,966
19	Depressive disorder	950905.48	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp49,351,994,412,000
20	Lung cancer	434067.91	55,68%	Rp51,900,000	Rp28,897,920	Rp22,528,124,357,953


Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IHME 2018

2.7 Kendala dalam Analisis Beban Penyakit


Untuk mendapatkan hasil analisis beban penyakit, diperlukan data morbiditas (prevalensi, insidensi, dan disabilitas), mortalitas serta faktor risiko level nasional dan provinsi. Adapun sumber data diperoleh dari data berbasis masyarakat (sensus, registrasi sipil, dan survei masyarakat) serta data berbasis institusi (data individu, data pelayanan, dan data register penyakit), laporan tahunan program, laporan tahunan provinsi, serta jurnal nasional dan internasional. Kendala utama dalam pelaksanaan adalah terbatasnya data pada level provinsi dan akses terhadap data yang berskala nasional.

Daftar Pustaka

- Adioetomo, Sri Moertiningsih Setyo. 2005. *Bonus Demografi Menjelaskan Hubungan Antara Pertumbuhan Penduduk dengan Pertumbuhan Ekonomi*. Buku Pidato pada upacara pengukuhan sebagai Guru Besar Tetap pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Bygbjerg, I. C. 2012. Double Burden of Noncommunicable and Infectious Diseases in Developing Countries. *Science Magazine*. September. Vol 337: 1499 – 1500.
- Foreman, Kyle J et al. 2017. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, Volume 392, Issue 10159, 2052 – 2090.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. 2017. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990 – 2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Volume 392, Issue 10159, 1923 – 1994.
- Lopez Alan et al. 2006. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001 : systematic analysis of population health data. *The Lancet*, Volume 367, Issue 9524, 1747 – 1757.
- Marshall, Sarah Jane. 2004. Developing Countries Face Double Burden of Disease. *Bulletin of the World Health Organization*. July 82 (7): 556.
- United Nations. 2015. *World Population Prospects, the 2015 Revision*.



BAB 3
PENDEKATAN
UPAYA KESEHATAN
MASYARAKAT
UNTUK PERBAIKAN
STATUS KESEHATAN
REPRODUKSI DAN GIZI



BAB 3

Pendekatan Upaya Kesehatan Masyarakat untuk Perbaikan Status Kesehatan Reproduksi dan Gizi

Teti Tejayanti, Dwi Hapsari T., dan Rofingatul Mubasyiroh

3.1 Pendahuluan

Pendekatan kesehatan masyarakat merupakan salah satu komponen penting dalam pembangunan kesehatan sebagai upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Keberhasilan pembangunan kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai perspektif termasuk kesadaran masyarakat dalam berperilaku hidup sehat dan pelayanan kesehatan yang optimal. Beberapa pendekatan kesehatan masyarakat termasuk pemberdayaan masyarakat, perubahan perilaku hidup sehat, kebijakan berwawasan kesehatan, serta dukungan kepemimpinan (*leadership*) yang berwawasan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu pendekatan strategis bagi kondisi tradisi dan budaya Indonesia. Beberapa faktor keberhasilan dalam pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, di antaranya, adalah peran kader, tokoh masyarakat, dan tokoh agama dalam budaya penimbangan balita di posyandu, yang selanjutnya menjadi konsep awal dalam peningkatan peran serta masyarakat dalam mengatasi masalah gizi. Budaya dan tradisi masyarakat Indonesia yang cenderung bersifat sosial, kebersamaan, dan gotong royong menjadikannya sebagai daya dukung dalam perubahan perilaku di masyarakat.

Perubahan perilaku hidup sehat menjadi tantangan tersendiri bagi Indonesia dalam pengendalian dan pencegahan penyakit. Penyakit tidak menular masih cukup kuatnya kontribusi industri tertentu dalam perekonomian negara yang belum berwawasan kesehatan menyebabkan perlunya intervensi kesehatan yang lebih kuat. Industri yang masih belum berwawasan kesehatan menjadikan masyarakat Indonesia berada dalam *population at risk* untuk hampir semua perilaku berisiko kesehatan, seperti merokok, produk makanan dan minuman tinggi

garam, gula dan lemak, serta penggunaan berbagai bahan tambahan makanan yang berbahaya lainnya. Sementara itu, terkait dengan penyakit menular, Indonesia masih menghadapi tantangan kemiskinan, keamanan pangan, higiene, dan sanitasi. Budaya dan kebiasaan hidup bersih masih perlu ditingkatkan, khususnya pada kelompok rentan, seperti balita, lansia, dan wanita usia subur.

Upaya preventif dan promotif dalam intervensi kesehatan merupakan strategi utama yang berperan penting dalam memperbaiki status kesehatan masyarakat. Pendekatan preventif dan promotif menjadi bagian dari komponen sistem kesehatan, khususnya dalam dimensi upaya intervensi. Upaya pencegahan dan pengendalian dapat dilakukan melalui pendekatan, baik berbasis masyarakat maupun fasilitas kesehatan. Pendekatan berbasis masyarakat mengutamakan arah intervensi yang dapat membuat atau menjadikan masyarakat dapat mempunyai kemampuan untuk melindungi dirinya sendiri dari kejadian penyakit atau kondisi gangguan kesehatan termasuk kemungkinan terjadinya kematian prematur. Kemampuan tersebut mencakup kemampuan berperilaku hidup sehat. Meskipun pada dasarnya, penerapan perilaku hidup sehat juga dipengaruhi oleh lingkungan fisik dan sosial yang mendukung.

Beberapa masalah kesehatan yang masih menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, antara lain, adalah masalah kesehatan reproduksi, status gizi, dan angka kematian ibu dan bayi. Dalam bab ini akan dibahas lebih lanjut gambaran pencapaian program terkait dengan pendekatan kesehatan masyarakat, tantangan, dan prioritas ke depan, baik dalam aspek kebijakan kesehatan maupun untuk arah penelitian pada masa mendatang secara lebih spesifik untuk kesehatan reproduksi, status gizi balita, dan angka kematian ibu dan bayi.

3.2. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi, menurut PP Nomor 61 Tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi, merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (manusia berkembang biak). Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi meliputi pelayanan kesehatan ibu dan keluarga berencana, pencegahan

dan penanganan infeksi saluran Reproduksi (ISR), termasuk penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, dan kesehatan reproduksi remaja.

Pelayanan kesehatan ibu diselenggarakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi remaja: pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, hamil, persalinan, dan sesudah melahirkan; peraturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual; serta pelayanan kesehatan sistem reproduksi. Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan terkait dengan kesehatan reproduksi yang dapat dilihat melalui indikator angka kematian ibu (AKI), *Total Fertility Rate* (TFR), *unmet need* ber-KB, dan kehamilan remaja.

3.2.1 Umur Pertama Menikah, Kehamilan Remaja, dan Determinan Budaya

a. Umur pertama menikah dan pertama melakukan hubungan seksual

Remaja merupakan tahapan penting dalam kesehatan reproduksi. Masa remaja merupakan periode pematangan organ reproduksi manusia, yaitu terjadi perubahan fisik, juga perubahan kejiwaan/mental. Ketidakseimbangan perkembangan mental pada masa transisi dikhawatirkan dapat membawa pada perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, seperti melakukan hubungan seksual pranikah atau seks bebas. Perilaku ini berisiko berdampak terjadinya kehamilan remaja, kehamilan yang tidak diinginkan hingga upaya melakukan pengguguran yang tidak aman, tertular penyakit menular seksual, ataupun harus menanggung beban sosial putus sekolah dan stigma masyarakat.

Hubungan seksual dapat dilakukan sebelum dan setelah menikah. Hubungan seksual sebelum menikah telah dilakukan oleh 8% remaja laki-laki dan 2% remaja perempuan. Hal itu terjadi dengan persentase lebih tinggi pada perempuan dan laki-laki kelompok usia 20–24 tahun jika dibandingkan dengan 15–19 tahun. Di antara remaja yang melakukan hubungan seksual sebelum menikah, data SDKI 2017 menunjukkan bahwa kelompok umur 15–19 tahun merupakan kelompok umur dengan

persentase tertinggi yang melakukan hubungan seksual sebelum menikah dengan persentase 59% pada wanita dan 74% pria. Persentase tertinggi dilakukan oleh remaja usia 17 tahun (wanita dan pria). Pria cenderung melakukan hubungan seksual pertama kali lebih muda daripada wanita. Perilaku ini lebih banyak dilakukan oleh kelompok pada kuintil terbawah, baik perempuan maupun laki-laki.

Kondisi yang memprihatinkan juga terjadi pada kelompok pelajar. Survei yang dilakukan tahun 2015 pada pelajar SMP dan SMA (*Global School-based Health Survey*) menunjukkan sebanyak 4,9% anak, baik laki-laki (6%) maupun perempuan (3,9%) pernah melakukan hubungan seksual. Informasi lain menyebutkan sebanyak 4,5% anak, baik laki-laki (5,4%) maupun perempuan (3,7%), pernah dipaksa melakukan hubungan seksual padahal tidak mau melakukannya. Selain itu, perilaku pelajar melakukan hubungan seksual dengan lebih dari satu orang (1,5%), baik pada laki-laki (2,4%) maupun perempuan (0,8%) dan melakukan hubungan seksual dengan pasangan ganda (laki-laki dan perempuan) sejumlah 0,34%. Kondisi yang demikian seharusnya menjadi perhatian besar Pemerintah guna penanganannya.

b. Kehamilan remaja

SDKI 2017 menunjukkan median umur pertama kali melahirkan pada wanita usia 25–49 tahun adalah 22,4 tahun. Hasil itu tidak berbeda dengan hasil SDKI tahun 2012. Wanita di daerah perdesaan lebih rendah (21,4 tahun) jika dibandingkan dengan wanita perkotaan (23,5 tahun). Median umur pertama kali melahirkan meningkat seiring dengan peningkatan pendidikan dan kekayaan. Wanita yang melahirkan pada usia muda memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi.

Meskipun rata-rata usia melahirkan pertama kali pada remaja adalah di atas 19 tahun, masih terdapat sebanyak 7 persen remaja berusia 15–19 tahun sudah menjadi ibu, yakni 5 persen sudah pernah melahirkan dan 2 persen sedang hamil pertama

saat dilakukan survei. Angka 7 persen ini turun dari 10 persen pada tahun 2012. Persentase remaja wanita perdesaan yang telah menjadi ibu sebesar 10% adalah dua kali lebih besar daripada wanita remaja di perkotaan, yaitu sebesar 5% (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, 2017).

Data Riskesdas 2018 menemukan responden perempuan berusia 10–14 tahun yang pernah kawin dan pernah hamil. Secara keseluruhan, 58,8% remaja berusia 10–19 tahun yang pernah kawin mengalami kehamilan (Kementerian Kesehatan, 2018).

Kehamilan yang tidak diinginkan dilaporkan telah dialami oleh 12% wanita. Sejumlah 7% pria menyatakan bahwa mereka memiliki pasangan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan yang tidak diinginkan berpotensi menggiring perilaku pengguguran kandungan. Sekitar 23% wanita dan 19% pria mengetahui teman yang dikenal melakukan aborsi.

3.2.2 Keluarga Berencana

a. Penggunaan KB

Penggunaan alat kontrasepsi (dengan cara modern atau tradisional) pada wanita kawin usia subur sangat lambat peningkatannya dan cenderung stagnan. Pada tahun 1991 pengguna KB sebesar 50% dan tahun 2017 menjadi 64%. Pengguna KB modern pada tahun 2017 baru 57%, meningkat 10% dari tahun 1991 (47%). Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) juga masih rendah. Pada tahun 2017 di antara ibu berusia 15–49 tahun, baru 13,4% menjadi pengguna MKJP (steril, IUD, dan susuk), proporsi di perkotaan (14,5%) lebih tinggi jika dibandingkan dengan di perdesaan (12,5%) (Bradley S., 2012). Hal itu ditegaskan oleh hasil Riskesdas 2018 yang menunjukkan penggunaan KB setelah melahirkan anak terakhir pada ibu 10–54 tahun masih 14,6%.

Pada kelompok pelajar, hasil GSHS 2015 menunjukkan sejumlah 4,8% pelajar SMP–SMA laki-laki (6,8%) dan perempuan (3,1%), tidak menggunakan cara pencegahan kehamilan (baik pil KB, dikeluarkan maupun pantang berkala). Hanya 1,4% pelajar SMP–SMA, baik laki-laki (2,2%) maupun perempuan (0,6%) yang menggunakan kondom saat hubungan seksual terakhir (Kementerian Kesehatan, 2015). Perilaku ini berpotensi meningkatkan risiko kejadian kehamilan remaja.

b. *Unmet Need KB*

Isu lain dalam Keluarga Berencana adalah *unmet need*, yaitu persentase wanita yang tidak ingin hamil, tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi. Secara umum, penggunaan KB adalah untuk memenuhi kebutuhan menjarangkan dan membatasi kelahiran (Bradley S., 2012). Kebutuhan untuk membatasi kelahiran lebih tinggi daripada untuk menjarangkan kelahiran. Secara keseluruhan, kebutuhan tersebut adalah 74,2% pada wanita kawin 15–49 tahun. Namun, baru 63,6% yang terpenuhi atau masih terjadi *unmet need* sebesar 10,6%, yaitu 4,1% untuk penjarangan kelahiran dan 6,5% untuk membatasi kelahiran. Jika dievaluasi menurut karakteristik, *unmet need* tinggi terjadi pada kelompok usia wanita kawin umur 40–49 tahun, tinggal di perkotaan, dan berpendidikan rendah (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, 2017).

3.2.3 Strategi pada Masa Mendatang dalam Upaya Perbaikan Status Kesehatan Reproduksi

Kebutuhan kesehatan reproduksi bagi remaja sudah seharusnya dipenuhi oleh pemerintah dengan menggerakkan peran keluarga, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, serta swasta dalam mengembangkan potensinya (Putro, 2010).

Salah satu langkah penundaan pernikahan dapat ditempuh melalui tingkat pendidikan. Pencapaian tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat menunda pernikahan usia muda karena pendidikan yang tinggi memerlukan waktu untuk menyelesaikannya.

Pendidikan tinggi juga dapat memengaruhi pola pikir dalam perencanaan jumlah anak dan upaya untuk mengetahui jenis alat kontrasepsi yang akan digunakan (Sinurat L., 2017).

3.3. Masalah Gizi pada Balita

Status gizi merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan yang sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat Indonesia, dari masalah gizi kurang sampai dengan gizi lebih. Masalah ini menjadi sangat penting karena menyebabkan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia belum dapat meningkat secara bermakna dan akan memberikan dampak jangka pendek dan jangka panjang dalam setiap tahapan kehidupan manusia.

3.3.1. Kompleksitas Permasalahan Gizi yang Belum Tuntas dalam Dua Dekade Terakhir

Indonesia sebagai negara yang sedang berkembang dan membangun, masih harus berjuang menghadapi masalah penyakit dan masalah gizi yang saling berinteraksi satu sama lain. Perkembangan masalah gizi di Indonesia menurut Mboy, 2012, dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu sebagai berikut.

1. Masalah gizi yang secara *public health* sudah dapat dikendalikan adalah kekurangan vitamin A pada anak balita, gangguan akibat kurang yodium, anemia gizi pada anak 2–5 tahun, dan masalah kurang vitamin A (KVA) pada anak balita.
2. Masalah gizi yang belum dapat diselesaikan (*unfinished*) adalah masalah gizi kurang dan pendek (*stunting*). Bila ibu, baik pada masa prahamil maupun saat hamil memiliki kondisi sistem reproduksi normal, tidak menderita sakit, dan tidak ada gangguan gizi, ibu akan melahirkan bayi sehat dengan berat normal
3. Masalah gizi yang sudah meningkat dan mengancam kesehatan masyarakat (*emerging*) adalah gizi lebih, baik pada kelompok anak-anak maupun dewasa. Masalah kelebihan gizi menyebabkan meledaknya kejadian obesitas di beberapa daerah di Indonesia, terutama perkotaan. Hal itu akan mendatangkan masalah baru yang mempunyai konsekuensi serius bagi pembangunan di bidang kesehatan.



Gambar 3.1
Prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang
pada Balita di Indonesia (Riskesdas)

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan masalah gizi buruk dan kurang secara umum menurun meskipun masih relatif tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara dengan kondisi sosial ekonomi yang setara dengan Indonesia. Prevalensi gizi buruk-kurang pada balita menurun dari 5.4% pada tahun 2007, menjadi 3.9% pada tahun 2018. Prevalensi gizi kurang cenderung tetap tinggi atau sedikit meningkat, yaitu dari 13% pada tahun 2007 menjadi

13.8% pada tahun 2018. Secara umum, masalah gizi buruk dan gizi kurang mengalami penurunan dari 19% pada tahun 2013 menjadi 17.7%. Namun, sesungguhnya penurunan tersebut hanya terjadi pada kelompok gizi buruk, sedangkan gizi kurang masih stagnan. Oleh karena itu, penurunan sekitar 2% tersebut belum menjadi suatu hal yang bermakna untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Dalam jangka pendek kekurangan gizi pada kelompok rentan, seperti pada bayi dan anak balita serta pada ibu hamil dan janinnya akan berdampak pada tingginya risiko terjadi penyakit infeksi dan kematian prematur/ usia dini.

Prevalensi status gizi buruk-kurang sudah mengalami penurunan.
Status gizi kurang pada kelompok rentan, seperti balita, anak dan remaja, serta ibu hamil menjadi hal penting untuk diselesaikan

Masalah gizi terjadi pada setiap siklus kehidupan dimulai dari janin dalam kandungan, bayi, anak balita, anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia. Kekurangan gizi pada salah satu siklus akan memengaruhi kejadian kekurangan gizi pada siklus berikutnya.



Gambar 3.2
Masalah Kesehatan pada Ibu Hamil di Indonesia (Riskesdas 2018)

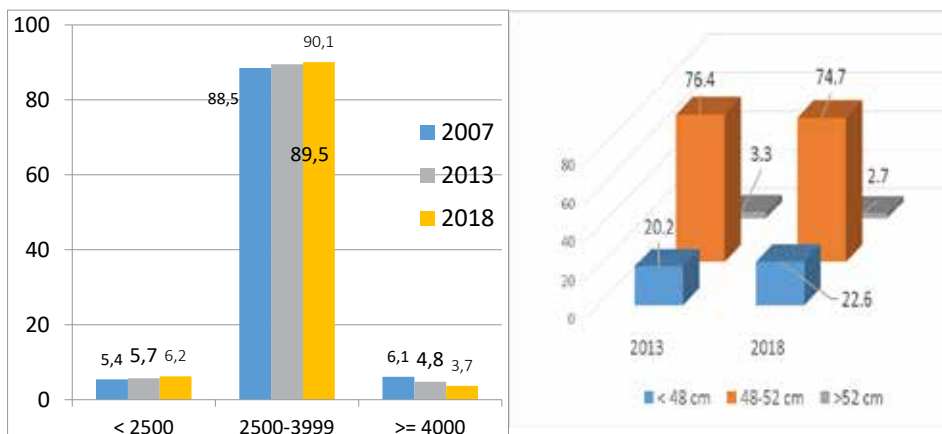
Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat memengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bahkan, kekurangan gizi pada ibu hamil mempunyai dampak yang cukup besar terhadap proses pertumbuhan janin dan anak yang akan dilahirkan. Dampak yang akan ditimbulkan antara lain keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, dan bayi lahir dengan berat rendah serta panjang badan lahir pendek.

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan masih tingginya masalah kesehatan pada ibu hamil di Indonesia. Hampir 1 dari 2 ibu hamil mengalami anemia dan 17 dari 100 ibu hamil dalam status Kurang Energi Kronis (KEK), bahkan masalah tersebut juga sudah dialami oleh 14,5% wanita usia subur yang tidak hamil. Hal lain yang harus diperhatikan adalah dampak kesehatan yang muncul dari tinggi badan ibu yang berisiko.

Besaran masalah gizi kurang pada ibu hamil dapat dilihat dari prevalensi kekurangan energi kronis (KEK) dan prevalensi anemia.

Upaya pencegahan terjadinya risiko yang dapat dilakukan untuk ibu hamil berupa pengaturan konsumsi makanan dan pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan, seperti pemantauan penambahan berat badan, pemeriksaan kadar Hb, dan pengukuran LILA.

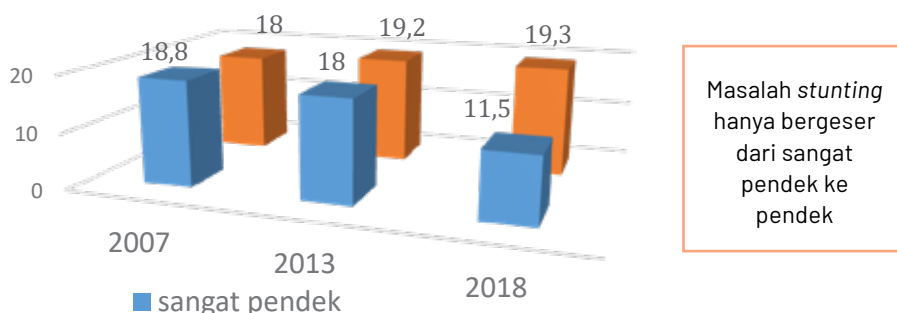
Masih tingginya permasalahan kesehatan ibu hamil, terlihat juga pada permasalahan berat badan lahir rendah (BBLR) dan panjang badan lahir pendek (PBLP) yang makin meningkat. Jika tidak ditangani segera, hal itu dapat memengaruhi siklus kehidupan berikutnya. Dengan kata lain, kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil.



Gambar 3.3

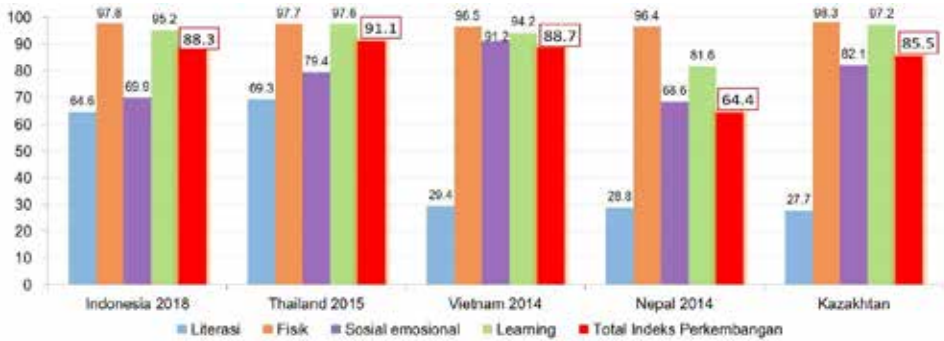
Proporsi Berat Badan Lahir dan Panjang Badan Lahir Berdasarkan Catatan yang Dimiliki Balita (Riskesdas 2007, 2013, 2018)

Kurang gizi dalam jangka panjang dapat menyebabkan kurangnya kemampuan tumbuh kembang balita serta mempunyai risiko terjadinya penyakit tidak menula, sehingga kualitas sumber daya manusia menjadi tidak optimal. Masalah gizi kronis pada balita digambarkan melalui prevalensi *stunting*. Secara umum, masalah *stunting* menurun, tetapi jika diurai, masalah tersebut hanya masalah prevalensi balita sangat pendek yang menurun. Namun, balita dengan status pendek sedikit meningkat atau hampir stagnan.



Gambar 3.4
Prevalensi Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia
pada Tahun 2007, 2013, dan 2018

Stunting adalah gangguan pertumbuhan linear tubuh anak menjadi pendek atau sangat pendek yang didasarkan pada tinggi badan menurut umur dengan ambang batas (*Z-score*) < -2 SD. Selama proses menjadi *stunting*, dapat terjadi gangguan perkembangan otak yang akan memengaruhi tingkat kecerdasan anak. Pada keadaan kekurangan gizi kronis dapat terjadi pertumbuhan badan terganggu diikuti dengan ukuran otak yang juga kecil. Jumlah sel dalam otak berkurang dan terjadi ketidakmatangan serta metabolisme dalam otak mengalami perubahan sehingga berakibat ketidakmampuan untuk berfungsi normal. Keadaan ini berpengaruh terhadap perkembangan kecerdasan anak.



Gambar 3.5
Perbandingan Indeks Perkembangan Anak pada Anak Usia 36–59 Bulan

Hasil Riskesdas 2018 adalah informasi indeks perkembangan anak. Di Indonesia, anak usia 36–59 bulan mempunyai nilai literasi dan sosial emosional yang cukup rendah. Nilai yang sangat tinggi pada perkembangan fisik dan kemudian perkembangan *learning*.

Secara inti, besaran masalah terkait dengan status gizi balita, anak, dan remaja serta ibu hamil dari aspek input, proses, dan *outcome* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1
Identifikasi Masalah Terkait dengan Status Gizi Balita,
Anak dan Remaja, serta Ibu Hamil

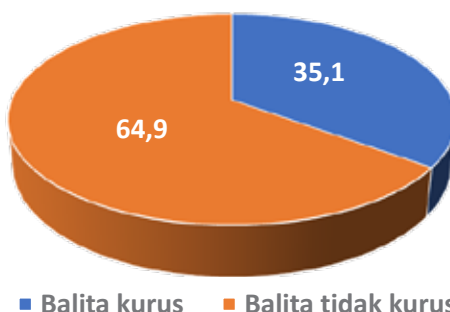
Kelompok Populasi	Kelompok Populasi		
	Input	Proses	Outcome
Balita	Ketersediaan versus kebutuhan tenaga gizi puskesmas (Risnakes, 2017)	PMT kurang tepat sasaran (hasil studi evaluasi PMT Balita, 2017)	Masih tingginya prevalensi gizi buruk, gizi kurang dan stunting pada balita dan baduta (Riskesdas).
Anak	Belum ada intervensi khusus	PMT anak sekolah sudah tidak diterapkan	Masih tingginya prevalensi pendek dan sangat pendek pada anak usia 5–12 tahun (26%).
Remaja	UKS belum optimal; (Rifaskes 2011);	Upaya Kesehatan Sekolah masih belum optimal mengarah pada perbaikan status gizi	Prevalensi pendek dan sangat pendek 25.7% (riskesdas 2018). Hasil GSHS 2015: tidak sarapan;
Ibu Hamil	25% belum memiliki Buku KIA;	PMT ibu hamil kurang tepat sasaran (hasil study evaluasi PMT Ibu Hamil 2017)	Anemia pada ibu hamil masih meningkat dari 37.1% 2013 menjadi 48.9% di 2018 (riskesdas)

3.3.2. Pendekatan Multidisiplin dan Terintegrasi dalam Upaya Perbaikan Status Gizi

Berbagai intervensi terkait dengan penurunan *stunting* dan masalah gizi lainnya telah dilaksanakan oleh berbagai kementerian/lembaga. Namun, kurangnya komitmen serta koordinasi sampai pada tahap implementasi di lapangan menyebabkan penajaman program untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan sebagai upaya menurunkan masalah *stunting* belum optimal.

Hasil penelitian di Kabupaten Tasikmalaya menunjukkan bahwa upaya penanggulangan *stunting* yang diterapkan dalam waktu 4 bulan dengan model integrasi lintas sektor melalui “Gerakan Kampung Gizi” memberikan hasil yang positif. Komitmen bersama memberikan kontribusi terhadap terbitnya SK tentang penanggulangan *stunting* di tiap-tiap wilayah administrasi beserta tim koordinasinya yang dikeluarkan oleh Bupati Tasikmalaya, camat dari 39 kecamatan, dan 5 SK kepala desa. Dalam model pendampingan ini perlu dilakukan pemantauan agar dapat dipertahankan keberlanjutannya pada tahun-tahun berikutnya.

Gambar 3.6 memperlihatkan bahwa ketepatan sasaran PMT balita masih rendah (35,1%). Hasil penelitian tahun 2017 terkait dengan perbaikan status gizi mengenai evaluasi pemberian makanan tambahan (PMT) berupa biskuit pada balita kurus (*wasting*) (Badan Litbangkes, 2017).



Sumber : Analisis Beban Penyakit, Balitbangkes, dan IHME 2018

Gambar 3.6
Proporsi Ketepatan Sasaran Balita yang Mendapat PMT

Masalah rendahnya ketepatan sasaran PMT pada balita kurus hampir merata di semua wilayah kecuali Papua. Proporsi ketepatan sasaran PMT pada balita kurus tertinggi di regional Nusa Tenggara adalah 46,6%. Pada umumnya regional lain sekitar 30–39% dan terendah ditemukan di Jawa-Bali 26,5%.

Penentuan sasaran pemberian makanan tambahan (PMT) di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas cukup bervariasi. Hal itu disebabkan sulitnya memperoleh informasi status gizi balita dengan kategori kurus serta keterbatasan ketersediaan gudang PMT di puskesmas. Oleh karena itu, PMT cenderung dibagikan habis ke sasaran sebelum distribusi PMT tahun berikutnya diterima. Masalah lain adalah tidak semua puskesmas paham bahwa PMT yang diterima adalah untuk kasus baru balita kurus dan risiko kurus yang kemungkinan muncul sepanjang tahun.

3.3.3. Rekomendasi Kebijakan

Upaya yang perlu dilakukan oleh Pemerintah bersama masyarakat dalam rangka percepatan penurunan masalah gizi, antara lain, adalah sebagai berikut.

1. Penggalangan partisipasi dan kepedulian berbagai pemangku kepentingan dilakukan secara terencana dan terkoordinasi. Upaya dilaksanakan melalui Gerakan 1.000 hari pertama kehidupan (1.000 HPK) yang dimulai sejak masa kehamilan 9 bulan (270 hari) sampai masa 2 tahun setelah lahir (730 hari). Kegiatan ini bisa dimaksimalkan secara berjenjang di berbagai tingkat kedinasan untuk mengoptimalkan fungsi puskesmas. Upaya penanggulangan masalah gizi khususnya *stunting* memerlukan kerja sama lintas sektor yang solid.
2. Masyarakat juga perlu diberi pengetahuan melalui penyuluhan atau pendidikan serta contoh nyata dalam upaya mengubah perilaku sehingga diharapkan masyarakat dapat mewujudkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah gizi.
3. Penguatan secara berjenjang untuk tenaga pelaksana gizi dari pusat, provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, dan desa terkait dengan kapasitas dan pemahaman terhadap semua materi

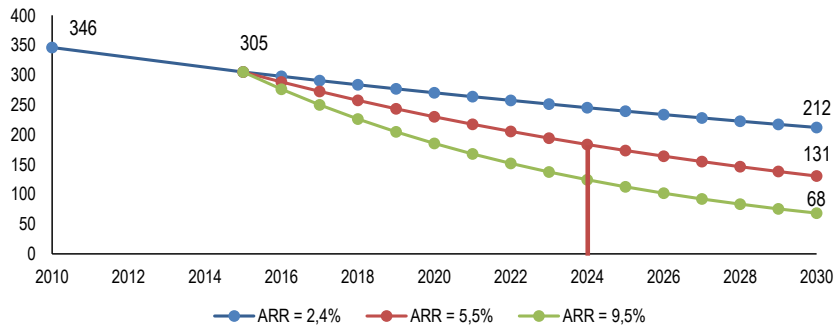
- terkait dengan program PMT, *cut of point* digunakan untuk kriteria balita kurus dan risiko kurus (rawan menjadi kurus), cara memonitor, dan cara edukasi kepada ibu balita.
4. Penguatan pelatihan kegiatan PMT, seperti pemberian makanan tambahan (PMT) berupa biskuit, dapat disesuaikan dengan pangan lokal, pemantauan dan evaluasi, serta pendampingan PMT secara khusus untuk pengelola dan pelaksana program PMT secara berjenjang dari pusat, provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, dan desa
 5. Dalam rangka percepatan perbaikan gizi masyarakat perlu peningkatan rasio SDM tenaga pelaksana gizi yang berlatar belakang pendidikan gizi (*nutritionist*) di puskesmas.

3.4. Kematian Ibu dan Kematian Bayi

3.4.1. Situasi dan Target Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia

Angka kematian ibu (AKI) dan Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator strategis yang menjadi simbol kesejahteraan suatu negara. Negara-negara dengan AKI yang rendah umumnya akan dijumpai pada negara yang makmur, sedangkan AKI yang tinggi dijumpai pada negara sedang berkembang atau *under developing country*. Dalam situasi saat ini, AKI di Indonesia telah mengalami penurunan sejak tahun 1990. Namun, AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara dengan tingkat perekonomian yang sama. Hasil SUPAS (Survei Penduduk Antarsensus, 2015) menunjukkan bahwa AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini 9 kali lebih tinggi daripada AKI Malaysia, 5 kali dari Vietnam, dan hampir 2 kali dari Kamboja (Sekretariat ASEAN, 2017).

Demikian pula AKB di Indonesia masih lebih tinggi jika dibandingkan sebagian negara ASEAN lainnya. Berdasarkan *Human Development Report 2016*, AKB di Indonesia mencapai 22 per 1000 kelahiran hidup. Angka itu masih 3,1 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Malaysia, 3,5 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand, dan 12 kali jika dibandingkan dengan Singapura (*ASEAN Statistic leaflet*, 2017). Situasi dan tren kematian ibu dan bayi dapat dilihat pada gambar 3.7 dan keterangan di bawah ini.



Sumber: RAN Percepatan Penurunan Kematian Maternal dan Neonatal, 2019.

Gambar 3.7
Trend Penurunan Kematian Ibu di Indonesia

Target *Sustainable Development goals* (SDGs) untuk AKI pada tahun 2030 adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk mencapai target SDGs, dibutuhkan penurunan AKI 9,5% per tahun. Kecenderungan Indonesia saat ini hanya 2,4 % per tahun sehingga diprediksi sulit untuk mencapai target SDGs (RAN Percepatan Penurunan Kematian maternal Neonatal, 2019). Beberapa negara lain juga menyatakan bahwa target SDGs untuk kematian ibu terlalu ambisius karena masih banyak negara dengan tingkat AKI tinggi. Sementara itu, waktu yang dibutuhkan hanya tinggal 10 tahun. Kebijakan Pemerintah Indonesia saat ini menetapkan penurunan 5% per tahun dan AKI ditargetkan pada tahun 2024 adalah 183 per 100.000 kelahiran hidup dan estimasi pada tahun 2030 adalah 131 per 100.000 kelahiran hidup. Segenap upaya diperlukan untuk menurunkan kematian ibu.

Angka kematian bayi (AKB) kemungkinan dapat mencapai target SDG's, yaitu 24 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 karena saat ini status AKB Indonesia sudah 24 per 1.000 kelahiran hidup (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, 2017). Meskipun demikian, karena angka kematian bayi tersebut masih relatif tinggi, apalagi bila dibandingkan dengan beberapa negara tetangga lainnya, kematian bayi tetap harus diturunkan. Target Pemerintah Indonesia pada tahun 2024 adalah 16 per 1.000 kelahiran hidup (Bajuri P.A., 2019). Tiga perempat dari kematian

bayi terjadi pada periode neonatal. Dalam 10 tahun terakhir, kematian neonatal penurunannya sangat lambat. Target SDGs, angka kematian neonatal (AKN) tidak lebih 12 per 1.000 kelahiran hidup. Saat ini, AKN adalah 15 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat gambar di bawah ini.



Sumber: SDKI 1991–2017

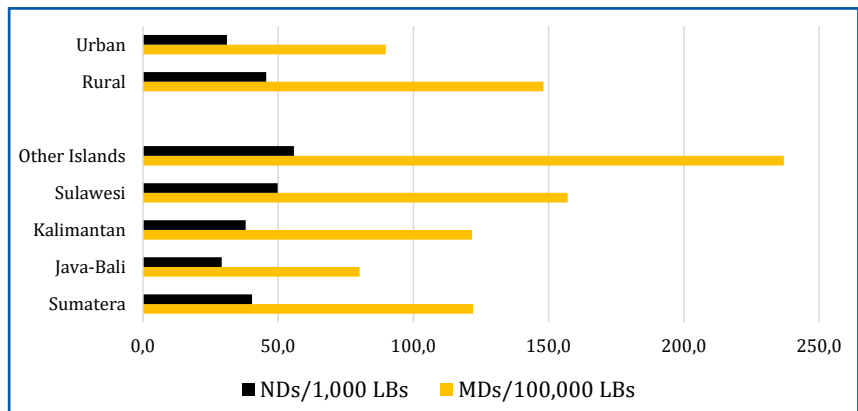
Gambar 3.8
Trend Penurunan Kematian Bayi dan Neonatal (1991–2017)

Walaupun sudah mendekati target, AKN di Indonesia masih tinggi bila dibandingkan dengan negara tetangga. Jumlah kematian neonatal juga lebih besar, yaitu 4–8 kali kematian ibu. Kematian neonatal tidak boleh diabaikan dan harus menjadi prioritas untuk diturunkan sebagai bagian dari upaya penurunan kematian bayi. Ibu dengan bayi baru lahir merupakan *bonding* (ikatan). Jika Ibu meninggal karena komplikasi, bayi yang dilahirkan memiliki keberlangsungan hidup lebih kecil jika dibandingkan dengan bayi yang ibunya tidak meninggal. Oleh sebab itu, untuk menurunkan kematian bayi, ibu hamil haruslah sehat agar dapat melahirkan bayi sehat pula.

Di Indonesia, ada berbagai hal terkait dengan permasalahan angka kematian. Masalah pertama adalah dari sisi beban, yaitu jumlah kematian ibu yang besar. Masalah kedua adalah dari sisi besar risiko kematian. Pulau Jawa memiliki masalah yang pertama,

yaitu beban yang besar karena sekitar 60 persen kematian berada di Pulau Jawa. Namun, jika dilihat menurut jumlah penduduknya yang banyak, secara risiko atau rasio Pulau Jawa mempunyai rasio paling rendah jika dibandingkan dengan pulau besar lainnya di Indonesia.

Masalah kedua adalah risiko kematian. Risiko kematian tertinggi ada di wilayah Indonesia bagian timur. Papua, Maluku, dan Sulawesi merupakan pulau-pulau di Indonesia bagian timur dengan rasio kematian yang tinggi, tetapi secara jumlah lebih sedikit. Adanya perbedaan risiko yang terjadi antara Pulau Jawa dan Luar Jawa menandakan adanya kesenjangan. Perbedaan tingkat kematian ibu dan neonatal atau kesenjangan yang terjadi dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Keterangan:

NDs= Neonatal deaths per 1000 kelahiran hidup

MDs= Maternal Deaths per 100.000 kelahiran hidup

(MDs dan NDs pada grafik tersebut hanya menandakan tingkat perbedaan, bukan sebagai MMR/Maternal Mortality Rasio, karena tidak dilakukan adjusted).

Sumber: Tejayanti T., 2015, Determinan sosial kematian ibu dan neonatal di Indonesia, Data SUPAS 2015

Gambar 3.9
Kesenjangan Tingkat Kematian Ibu dan Neonatal
Menurut Kepulauan Besar di Indonesia Tahun 2015

Kesenjangan atau perbedaan tingkat kematian menunjukkan adanya perbedaan layanan kesehatan. AKI dan AKB merupakan indikator strategis sebagai gambaran kinerja atau performa sistem kesehatan. AKI yang tinggi menggambarkan kinerja sistem layanan yang belum optimal. Dengan kata lain, jika ingin menurunkan kematian, berarti harus dilakukan perbaikan sistem. Perbaikan sistem dimulai dari sistem data/informasi kesehatan, kondisi remaja yang nantinya akan menjadi ibu hamil, kondisi masyarakat sekitar atau lingkungannya, petugas dan fasilitas di layanan di tingkat primer hingga tingkat lanjut/rujukan, sarana dan prasarana pendukung (transportasi, komunikasi, dan lain-lain), sistem rujukan maternal, regulasi, dan jaminan pembiayaan. Perbaikan yang tidak menyeluruh tidak akan menghasilkan capaian yang optimal.

Perbaikan sistem kesehatan dapat dimulai dari perbaikan sistem informasi, yaitu khususnya dalam hal pencatatan dan ketersediaan data kesehatan. Permasalahan dengan sumber informasi kematian ibu dan bayi adalah belum berjalan dengan baiknya sistem registrasi vital. Perhitungan angka kematian membutuhkan informasi kelahiran dan kelahiran. Idealnya data kelahiran dan kematian berasal dari satu sumber. Namun, saat ini sumber data kematian dan kelahiran berasal dari sumber yang berbeda. Informasi kematian berasal dari sektor kesehatan, sedangkan informasi kelahiran berasal dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Disdukcapil).

Masalah lain terkait dengan sumber informasi adalah *underreporting* data pelaporan. Status pencatatan kelahiran lebih baik jika dibandingkan dengan pencatatan kematian. Hasil *assessment* registrasi vital tersebut menyatakan status sistem registrasi vital di Indonesia pada tahun 2010 adalah lemah (WHO, 2010). Tahun 2019 telah dilakukan pula *rapid assesment* sistem registrasi vital terkait dengan pencatatan kematian pada beberapa kabupaten. Hasilnya masih dikategorikan lemah (Kemenkes, 2019).

Pada prinsipnya data diperlukan sebagai landasan perencanaan. Jika landasan (data atau Informasi) tersebut tidak valid, program yang direncanakan juga menjadi tidak tepat. Sebagai contoh dalam hal *underreporting*, dari laporan rutin program pada tahun 2010 diperoleh sekitar 4.000 kematian ibu per tahun, tetapi dari hasil Sensus Penduduk 2010 diperoleh jumlah kematian ibu sekitar 8.000-an. Artinya, hampir separuh kematian ibu tidak terdeteksi. Risiko bila menggunakan data *underreporting* adalah status kesehatan tidak berubah atau makin memburuk.

Penyebab *underreporting* data kematian ibu menurut WHO, di antaranya, disebabkan oleh kasus kehamilan muda yang sering tidak dilaporkan, kematian pada akhir nifas, kematian pada ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, menutupi kasus aborsi, *miscoding*. Pengodean ICD 10 dimasukkan dalam pengodean bukan kematian maternal yang biasanya terjadi pada kasus kematian tidak langsung, seperti kematian karena jantung dan sebagainya (WHO, 2012).

Salah satu solusi untuk mengantisipasi data yang *underreporting* adalah penguatan sistem registrasi vital melalui sistem pencatatan dan pelaporan yang saat ini disebut sebagai PS2H (Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati). Dalam upaya meningkatkan pencatatan dan pelaporan, Kementerian Dalam Negeri pada tahun 2019 telah meluncurkan surat edaran pada seluruh bupati dan walikota untuk melakukan perluasan pencatatan kelahiran melalui identifikasi kelahiran dimulai awal ibu periksa kehamilannya. Pencatatan ini dilakukan dengan mencantumkan Nomor induk kependudukan (NIK), nama (*by name*), dan alamat (*by address*) (Direktur Pencatatan Sipil Kemendagri, 2019). Adanya regulasi ini sangat menunjang untuk optimalisasi pencatatan dan pelaporan kelahiran dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Diharapkan seluruh kabupaten dan kota di Indonesia dapat segera melaksanakan regulasi ini.

Upaya perbaikan sistem yang kedua adalah memperbaiki dan meningkatkan sistem layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Saat ini, capaian program relatif sudah tinggi, tetapi tidak diikuti dengan penurunan status morbitas dan status mortalitas yang sesuai dengan yang diharapkan. Sebagai contoh, indikator *Antenatal Care* (ANC) telah mencapai 98% (SDKI 2017) atau 96% (Risikesdas 2018); Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Linakes) mencapai 93% (Risikesdas 2018); Tempat persalinan di fasilitas kesehatan 79% (Risikesdas 2018); Kunjungan neonatal pertama (KN 1) telah mencapai 84%. Tingginya capaian tersebut yang tidak diikuti dengan penurunan kematian ibu yang semestinya menandakan bahwa sistem layanan kesehatan dan indikator ibu dan bayi baru lahir belum efektif dalam menurunkan kematian ibu dan neonatal.

Untuk memperoleh indikator yang efektif, diperlukan pemahaman terhadap penyebab kematian ibu. Kematian ibu terjadi karena komplikasi yang dialami ibu saat hamil, bersalin, atau nifas yang tidak segera atau terlambat mendapatkan pertolongan adekuat. Menurut Mc Charty and Maine, determinan kematian ibu terdiri atas determinan langsung, menengah, dan jauh. Determinan langsung atau penyebab langsung adalah komplikasi ibu (Badan Litbangkes, 2012). Penyebab kematian ibu tidak langsung dapat dibedakan menjadi penyebab medis dan nonmedis. Penyebab medis atau penyebab langsung kematian ibu di Indonesia saat ini adalah sebagai berikut (Tabel 3.2).

Tabel 3.2
Penyebab Utama Kematian Ibu

Penyebab kematian	STLKM SP (2010)	SRS (2014)	Program (2015)
Metoda	Survei	Registrasi	Laporan
Besar sampel	3.590	182	4.893
Penyebab kematian:			
Hipertensi dalam kehamilan	32,4	37,4	25,5
Perdarahan	23,6	16,9	30,1
Infeksi	12,4	11,5	5,9
Aborsi	4,1	3,8	NA
Lainnya	27,5	30,4	38,5

Sumber: Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal Sensus Penduduk 2010. Sample Registration System 2014, Laporan Program Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan tabel di atas, penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan serta lainnya. Waktu yang dibutuhkan untuk dapat terjadinya kematian dari sejak dimulainya komplikasi adalah 2 jam (Badan Litbangkes, 2012). Kebijakan rujukan saat ini adalah piramida, yaitu sistem rujukan berjenjang dari RS tipe D ke tingkat di atasnya, yaitu Tipe C kemudian ke tipe B dan selanjutnya ke Tipe A. Sistem ini tidak cocok untuk layanan emergensi ibu dan bayi karena membutuhkan waktu lama untuk sampai pada fasilitas yang paling kompeten. Ketika sampai pada fasilitas yang kompeten, pasien sudah terlambat untuk ditolong. Oleh sebab itu, diperlukan sistem rujukan maternal yang berbeda dengan sistem rujukan pada penyakit umumnya/lainnya.

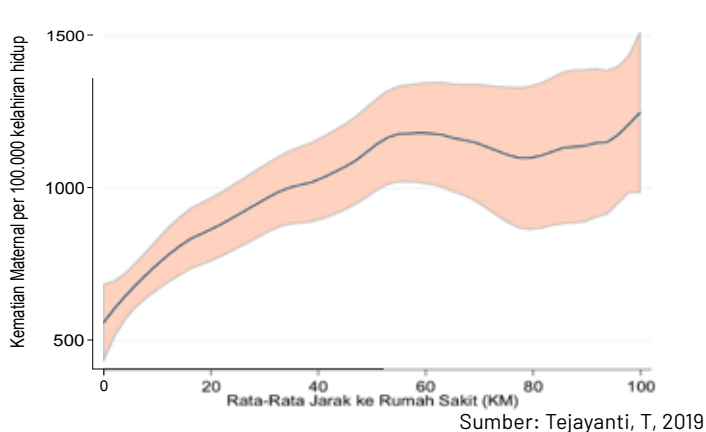
Pemerintah saat ini sedang memperbaiki dan mengembangkan sistem rujukan yang baru. Rujukan yang terbaru akan berbasis kompetensi layanan, yaitu SISRUITE (Sistem Rujukan Terintegrasi) yang menggabungkan layanan daring (*online*) P-care (sistem rujukan yang digunakan oleh BPJS) dengan sistem rujukan

daring (*online*) SISRUTE yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan. Sistem yang baru ini dapat mengurangi waktu rujukan menjadi lebih singkat pada pasien yang mengalami kegawatdaruratan (emergensi). Pada sistem rujukan ini, bila ada pasien ibu dengan komplikasi sangat berat yang hanya bisa ditangani oleh RS tipe A, atau tipe B, ibu dapat langsung dirujuk ke RS tipe A tersebut, tanpa harus melalui tipe D atau C sebelumnya (Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, 2019).

SISRUTE ini adalah sistem rujukan pada kasus-kasus emergensi, kasus emergensi pada maternal adalah kasus gawat darurat. Karena status morbiditas, gizi dan status sosial ekonomi ibu hamil di Indonesia kurang baik sehingga ketika dirujuk biasanya sudah dalam keadaan parah sehingga sulit ditangani. Upaya yang terbaik sesungguhnya adalah rujukan elektif. Artinya, saat ibu hamil pertama kali melakukan pemeriksaan kehamilan, kemudian ditemukan atau terdeteksi ada kelainan atau morbiditas, atau ada faktor risiko, sebaiknya langsung dirujuk pada tenaga kompeten, yaitu dokter kandungan untuk mendapatkan tata laksana selanjutnya bukan dalam keadaan gawat darurat baru dilakukan. Dengan *maintenance* yang bagus, ibu hamil diharapkan tidak akan mengalami komplikasi yang parah. Rujukan elektif mempunyai peluang yang lebih besar untuk menyelamatkan nyawa ibu jika dibandingkan dengan dirujuk dalam keadaan sudah komplikasi gawat darurat atau emergensi. Simpulannya adalah upaya rujukan elektif merupakan bagian penting penyelamatan nyawa ibu dan bayi sehingga harus menjadi program yang didukung dalam kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

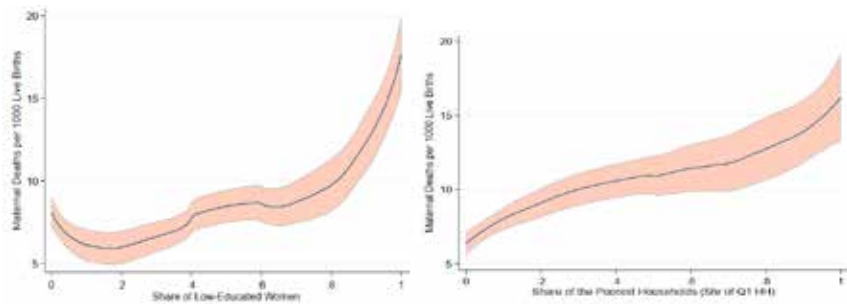
Determinan kematian ibu menengah adalah layanan kesehatan ibu dan status kesehatan ibu terkait gizi ibu, morbiditas, dan sebagainya. Yang termasuk ke dalam determinan jauh adalah status pendidikan, ekonomi, geografi, dan lain-lain. Bukti menunjukkan bahwa pada kelompok status pendidikan ibu rendah, kematian lebih tinggi jika dibandingkan dengan pada ibu kelompok pendidikan tinggi demikian pula dengan status ekonomi. Status geografis saat ini juga merupakan salah satu

faktor yang masih menjadi hambatan dalam menjangkau akses layanan kesehatan. Gambar di bawah ini adalah bukti yang menunjukkan makin jauh tempat tinggal dari RS maka akan makin meningkat kematian ibu. Berbeda dengan jarak dari rumah ke puskesmas, jauh atau dekatnya tidak berdampak pada kematian ibu dan neonatal. Artinya, pemerintah daerah harus membuat peta (*mapping*) rujukan, yang dapat mendekatkan ibu dengan rumah sakit. Hal tersebut juga harus menjadi kesepakatan antara dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota, dan BPJS Kesehatan.



Gambar 3.10
Hubungan antara Jarak ke Rumah Sakit dan Kematian Maternal

Terkait dengan determinan jauh dari Teori Mc Charty and Maine, yaitu status pendidikan dan ekonomi adalah bukti di Indonesia menunjukkan bahwa kematian ibu lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan rendah dan perekonomian kuintil terendah. Gambar 3.11. di bawah ini menunjukkan bahwa makin banyak rumah tangga dengan status ibu yang berpendidikan rendah maka makin banyak kematian ibu yang terjadi di kelompok tersebut. Hal yang sama terjadi pada kelompok dengan status ekonomi kuintil terendah.



Sumber: Tejayanti, T, 2019

Gambar 3.11
Hubungan antara Jarak ke Rumah Sakit dan Kematian Maternal

Hasil tersebut menunjukkan bahwa Pemerintah perlu memprioritaskan kelompok kuintil terendah dan pendidikan rendah lebih sebagai kelompok rentan karena kelompok tersebut mempunyai risiko yang lebih tinggi. Kebijakan yang ada saat ini adalah kesehatan ibu tidak membedakan kelompok rentan tersebut.

Pemerintah telah mengupayakan jaminan kesehatan pada kelompok yang tidak mampu dengan JKN melalui PBI (penerima bantuan iuran). Pada bulan Juni, 2019, BPJS menyebutkan kepesertaan JKN–KIS telah mencapai 84,11%. Meskipun demikian, data SDKI 2017 menunjukkan pada kelompok kuintil kekayaan terbawah yang memiliki asuransi kesehatan hanya 55%, sedangkan pada kelompok kuintil teratas yang seharusnya seluruhnya telah memiliki asuransi kesehatan, ternyata baru mencapai 72%. Khusus pemanfaatan layanan kesehatan ibu juga masih sangat rendah, ibu hamil per tahun ada sekitar 5 juta orang. Namun, data terakhir menunjukkan klaim terhadap layanan kesehatan ibu hanya 1,2 juta.

3.4.2. Intervensi Berbasis Masyarakat dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (*Community and Facility Based Intervention*)

Untuk mempertimbangkan berbagai hal yang telah dijelaskan sebelumnya, untuk mencegah kematian ibu dan bayi, bukan hanya diupayakan dari upaya klinis saja, melainkan juga upaya

promotif dan preventif. Berbagai upaya yang perlu dilakukan dalam upaya kesehatan masyarakat atau komunitas, antara lain, adalah peningkatan pendidikan ibu, pelaksanaan wajib belajar 12 tahun, kewajiban ibu hamil mengikuti kelas ibu hamil, peningkatan penyampaian informasi mengenai bahaya kehamilan, transformasi UKS, peningkatan posyandu remaja, penetapan indikator yang lebih sensitif terhadap capaian ANC, dan persalinan fasilitas kesehatan pada kelompok rentan (kuintil terendah dan pendidikan rendah).

Upaya yang dilakukan terkait dengan fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain, adalah penguatan sistem rujukan elektif maternal, peningkatan kemampuan SDM dalam mendeteksi atau mendiagnosis penyakit, penjaminan layanan mampu PONEK, layanan 7/24 jam, peningkatan keterlibatan RS swasta mampu PONEK, pemanfaatan SISRUITE untuk gawat darurat khusus maternal dan neonatal, kepatuhan rujukan balik dalam tata laksana rujukan, pelaksanaan audit maternal perinatal surveilans respons (AMPSR). Hal itu dilakukan untuk mencari solusi permasalahan maternal dan neonatal di daerah bersama-sama antara dinas kesehatan dan rumah sakit, perbaikan manajemen mutu rumah sakit, penetapan indikator kualitas layanan meliputi keberhasilan (*nearmiss*) dan indikator kegagalan (*case fatality rate-CFR*).

3.4.3. Area intervensi yang Perlu Diperkuat ke depannya

Peran dan komitmen kepala daerah untuk meningkatkan kesehatan ibu sangat penting dalam upaya menurunkan kematian ibu dan bayi baru lahir. Selain itu, perlu ada tim yang mampu menganalisis, mencari penyebab kematian maternal dan neonatal di setiap kabupaten/kota, kemudian menyepakati dan melaksanakan rencana tindak lanjut yang harus dilakukan.

3.5. Pendekatan Upaya Kesehatan Masyarakat dalam Mengatasi Masalah

Upaya intervensi kesehatan masyarakat sebagai salah satu strategi global dalam mengatasi isu kesehatan terus berkembang dalam beberapa dekade terakhir. Pengalaman di berbagai negara menunjukkan

bahwa perbaikan status kesehatan masyarakat membutuhkan tidak hanya satu pendekatan intervensi, tetapi juga membutuhkan pendekatan multidisiplin serta strategi yang lebih komprehensif dari aspek kebijakan, regulasi, peran masyarakat, serta sumber daya kesehatan secara optimal.

Pengalaman berbagai negara dalam pelaksanaan intervensi kesehatan berbasis masyarakat sangat bervariasi dan bergantung pada aspek sosial, ekonomi, budaya, dan tradisi masyarakat serta kapasitas pemerintahannya. Pada sebagian negara yang sudah cukup maju, kontribusi intervensi kesehatan berbasis masyarakat cukup berperan penting dalam pembangunan masyarakat serta dapat diterapkan secara lebih efektif karena tingkat kesadaran masyarakat serta literasi kesehatan yang sudah lebih baik. Pada negara yang pembangunan masyarakatnya masih belum optimal, intervensi kesehatan masyarakat menjadi tantangan tersendiri, khususnya dalam aspek tingkat pendidikan dan ekonomi yang masih belum memadai sehingga memberikan dampak pada rendahnya iliterasi kesehatan, belum optimalnya penerapan kebijakan berwawasan kesehatan serta partisipasi masyarakat yang masih bergantung pada peran Pemerintah. Pemerintah masih terkendala dengan keterbatasan sumber daya kesehatan termasuk penerapan sistem pelayanan dan jaminan kesehatan.

Kementerian Kesehatan mempunyai program prioritas yang mengarah pada pendekatan pelayanan yang kontinum (*continume of care*) dalam siklus kehidupan secara terintegrasi yang mencakup target populasi kelompok maternal (hamil, bersalin, dan nifas), bayi, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia. Program Kementerian Kesehatan tersebut mencakup gizi masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, serta promosi kesehatan. Program prioritas utama di bidang gizi masyarakat mencakup pendidikan gizi, suplementasi gizi, dan surveilans gizi. Program kesehatan lingkungan menetapkan sanitasi total berbasis masyarakat sebagai program prioritas, sebagai upaya untuk pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi, dan penyakit terkait dengan lingkungan. Program kesehatan kerja dan olahraga telah menjalankan program prioritas yang mencakup advokasi dan pembinaan kawasan sehat, kemitraan dan peran serta masyarakat dan swasta, kampanye, dan edukasi kesehatan. Program kesehatan kerja

dan olahraga menetapkan program prioritas pada tiga aspek yang mencakup peningkatan kualitas lingkungan kerja dan penanganan penyakit akibat kerja, peningkatan kualitas kesehatan pekerja, dan peningkatan aktivitas fisik.

3.5.1. Tantangan Utama dan Arah ke Depan dalam Intervensi Kesehatan Masyarakat

Permasalahan yang masih menjadi tantangan ke depan, di antaranya, adalah sebagai berikut.

- 1) Tantangan dalam Bidang Kesehatan Keluarga adalah sebagai berikut:
 - a) masih rendahnya Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)(13,3%);
 - b) tingginya *total fertility rate* 2,4%;
 - c) peningkatan kunjungan antenatal 4x 73,9%;
 - d) peningkatan persalinan pada fasilitas kesehatan 72,5%;
 - e) tingginya angka kematian ibu 305/100.000 KH;
 - f) tingginya angka kematian bayi 15/1000 KH;
 - g) peningkatan kunjungan neonatal pertama 84,1%;
 - h) tingginya pernikahan usia dini 23,9%;
 - i) optimasi penduduk usia lanjut mendapatkan pelayanan kesehatan 57,66%.
- 2) Tantangan dalam Bidang Gizi Masyarakat adalah sebagai berikut:
 - a) tingginya balita gizi kurang dan buruk 17,7%;
 - b) tingginya *wasting*, 10,2%;
 - c) tingginya balita *stunting*, 30,8% (2013), dan 27,67% (2018);
 - d) tingginya balita obesitas 8%;
 - e) tingginya WUS hamil Kurang Energi Kronis (KEK) 17,3%, tidak hamil KEK 14,5%;
 - f) tingginya anemia ibu hamil, 48,9%;
 - g) peningkatan cakupan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), 58,2%;
 - h) rendahnya cakupan ASI Eksklusif, 37,3%.
- 3) Tantangan dalam Bidang Kesehatan Lingkungan adalah sebagai berikut:
 - a) optimalisasi akses sanitasi 77,74%;
 - b) peningkatan kecukupan air bersih 84,8%;

- c) kurangnya sediaan air minum;
 - d) peningkatan desa Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) 70,66%;
 - e) peningkatan cakupan Desa *Open Defecation Free* (ODF) 26,67%.
- 4) Tantangan dalam bidang kesehatan kerja dan olahraga adalah sebagai berikut:
- a) peningkatan aktivitas fisik cukup pada penduduk di atas 10 tahun 66,5%;
 - b) optimalisasi dan peningkatan 448 perusahaan melaksanakan Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP);
 - c) optimalisasi dan peningkatan 623 pos UKK di wilayah Tempat Pendaratan Ikan (TPI)/Pangkalan Pendaratan Ikan (PPI);
 - d) seratus persen (100%) fasilitas pemeriksa kesehatan TKI memenuhi standar;
 - e) penanganan dan pengendalian penyakit akibat kerja.
- 5) Tantangan dalam bidang promosi kesehatan adalah sebagai berikut:
- a) masih tingginya remaja yang merokok 28,8%;
 - b) masih rendahnya perilaku cuci tangan dengan benar 28,8%;
 - c) kurangnya anak usia 5 tahun untuk konsumsi buah atau sayur sebesar 95,5%;
 - d) perilaku anak di atas 10 tahun BAB di jamban 88,2%;
 - e) peningkatan cakupan penimbangan balita (54,6%) dan posyandu aktif (61%).

Beberapa besaran masalah kesehatan yang mungkin menjadi bagian dari permasalahan yang harus diatasi oleh program kesehatan masyarakat, di antaranya, dapat dilihat pada tabel 3.3 berikut.

Tabel 3.3
Proporsi Besar Masalah Terkait dengan Perilaku Berisiko,
Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak
Berdasarkan Riskesdas 2013 dan 2018

No.	Indikator	Tahun 2013	Tahun 2018
1.	Perokok pemula (usia 10–18 tahun)	7.2%	9,1%
2.	Aktivitas fisik kurang (10+ tahun)	26.1%	33.5%
3.	Kurang konsumsi sayur dan buah (2013:10+ tahun; 2018: 5+ tahun)	93.5%	95.5%
4.	Pemakaian air < 20 liter/org/hari	5%	2.2%
5.	Pengelolaan sampah rumah tangga kurang baik	Na	63,2%
6.	Perilaku cuci tangan dengan benar pada populasi 10+ tahun	47%	49.8%
7.	Persalinan ibu bukan di faskes	33.3%	21%
8.	KF Lengkap	32.1%	37%
9.	Proporsi ibu hamil yang tidak memiliki KIA		30%
10.	Proporsi balita yang tidak memiliki buku KIA anak	47.6%	34.1%
11.	Proporsi BBLR	5.3%	6.2%
12.	Proporsi bayi tidak dilakukan IMD	65.5%	41.8%
13.	Penimbangan balita tidak sesuai standard	21.1%	40%
14.	Balita stunting (TB/U)	37.2%	30.8% 27,67%*
15.	Balita gizi buruk dan kurang	19.6%	17.7%
16.	Balita gemuk	11.9%	8%
17.	Anemia ibu hamil	37.1%	48.9%

*SSGBI 2019

Beberapa tantangan ke depan yang dapat menjadi faktor penghambat pembangunan kesehatan masyarakat, di antaranya, adalah sebagai berikut.

1) Kebijakan kesehatan dan politik

Pada dasarnya kebijakan kesehatan ditetapkan untuk mendukung terlaksananya program kesehatan yang dibutuhkan untuk membentuk masyarakat yang sehat. Kendati demikian, tantangan bagi Indonesia dengan peran politik yang kuat dalam aspek kepemimpinan di lembaga - lembaga pemerintah termasuk dalam sektor berperan dalam aspek kesehatan seperti industri, pendidikan dan perdagangan.

Politik dapat diklasifikasikan menjadi politik sebagai pemerintah, politik sebagai bagian kehidupan di masyarakat, politik sebagai resolusi konflik, dan politik sebagai suatu kekuatan tertentu dalam organisasi. Klasifikasi ini menjadikan peran politik cukup berarti dalam suatu proses pembangunan bangsa termasuk pembangunan di bidang kesehatan.

Tantangan akan muncul pada kondisi pada saat politik dan kesehatan berada di posisi yang berbeda dalam pembangunan kesehatan. Sebagian partai politik menunjukkan batasan yang tidak jelas antara kepentingan organisasi dan kebutuhan program kesehatan masyarakat.

Tiga aspek utama dalam rantai hubungan antara politik dan kesehatan, adalah biaya kesehatan, sumber daya kesehatan, serta pendekatan upaya promosi dan pencegahan kesehatan. Ketiga aspek tersebut merupakan bagian penting dalam pembangunan kesehatan dan perlu dioptimalkan melalui pendekatan secara komprehensif dan berkelanjutan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian penting yang mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas serta menjamin ketersediaan dan kebutuhan pelayanan yang tepat. Sumber daya kesehatan juga merupakan aspek penting yang harus tersedia secara memadai dan menjamin pelayanan kesehatan bagi semua pihak dapat berkualitas dan terjangkau secara sosial ekonomi dan geografis.

Peran politik ini erat kaitannya dengan dukungan sektor swasta terhadap dunia politik yang berimbas pada kebijakan-kebijakan yang mungkin kurang mendukung pembangunan kesehatan masyarakat, seperti diantaranya masih adanya produk-produk yang berisiko kesehatan (rokok, makanan/minuman mengandung tinggi gula, garam dan lemak, dan minuman bersoda) yang sangat mudah diakses bagi semua kalangan termasuk anak dan remaja yang seharusnya mempunyai akses yang lebih terbatas atau pengaturan tertentu yang menjadikan masyarakat bisa lebih mempunyai pilihan akan produk yang lebih sehat. Hal itu menjadi tantangan tersendiri untuk menjadikan politik dan kebijakan kesehatan mempunyai perspektif yang sejalan dalam berkontribusi untuk pembangunan kesehatan masyarakat.

- 2) Literasi kesehatan di kalangan pemimpin dan masyarakat
Literasi kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam penerapan program intervensi kesehatan masyarakat, khususnya dalam mendapatkan kontribusi lintas sektor dalam upaya kesehatan masyarakat. Pengambil keputusan ataupun pembuat kebijakan serta para pemimpin organisasi dan masyarakat berperan penting dalam penerapan intervensi kesehatan yang lebih spesifik sehingga perlu mempunyai literasi kesehatan yang cukup baik. Literasi kesehatan yang memadai di kalangan para pengambil keputusan dapat menghasilkan keputusan yang pro kesehatan dan memberikan dampak pada keberhasilan program kesehatan masyarakat. Literasi kesehatan menjadi tantangan tersendiri saat kebijakan publik yang ada masih belum berwawasan kesehatan atau bahkan berlawanan dengan kesehatan. Rendahnya literasi kesehatan di kalangan lintas sektor menjadi salah satu faktor belum optimalnya peran lintas sektor dalam mendukung kebijakan kesehatan.

- 3) Media Komunikasi yang berbasis sosial media dan teknologi komunikasi digital.

Perkembangan media komunikasi saat ini menjadi hal yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung pendidikan kesehatan masyarakat, khususnya dalam aspek edukasi kesehatan, akses informasi pelayanan kesehatan, pemantauan status kesehatan, serta deteksi dini (*screening*).

3.5.2. Kebutuhan Perbaikan Kebijakan ke Depan

Kebutuhan perbaikan kebijakan terkait dengan upaya kesehatan masyarakat meliputi hal sebagai berikut.

- 1) Penguatan peran kementerian/lembaga lain di luar sektor kesehatan untuk berperan aktif dalam penerapan program kesehatan masyarakat. Beberapa pertimbangan untuk penguatan peran lintas kementerian, di antaranya, adalah seperti berikut.
 - a) Bahan advokasi (*advocacy tool*) yang lengkap dan akurat yang memberikan gambaran besar masalah secara nasional serta dampak atau permasalahan yang mungkin timbul bila tidak dilakukan intervensi secara khusus. Bahan advokasi hendaknya menggunakan informasi termutakhir (*ter-update*) dan memberikan gambaran secara nasional, provinsi, dan kabupaten sesuai dengan sasaran advokasi.
 - b) Pendekatan secara berjenjang dengan lintas kementerian terkait dengan, baik secara *top down* maupun *bottom up* dalam upaya menetapkan kebijakan berwawasan kesehatan.
- 2) Upaya preventif dan promotif, baik berbasis masyarakat maupun berbasis fasilitas kesehatan. Upaya ini perlu dioptimalkan secara komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan. Upaya berbasis masyarakat perlu memperhatikan setiap tatanan umum yang ada di masyarakat, seperti sekolah, tempat ibadah, pasar, pusat perdagangan, tempat kerja, dan tempat umum lainnya. Upaya berbasis

fasilitas kesehatan hendaknya lebih pada upaya pencegahan sekunder dan deteksi dini serta pendidikan kesehatan melalui pendekatan keluarga dan hubungan yang harmonis antara penyedia pelayanan (*provider*) kesehatan dan pengguna layanan kesehatan.


- 3) Harus dilakukan penciptaan hubungan yang harmonis dan efektif antara pemerintah di tingkat pusat dan daerah dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat. Pemerintah pusat perlu mempersiapkan strategi dan program nasional serta regulasi dan kebijakan terkait yang juga mempertimbangkan kebutuhan spesifik di tiap-tiap daerah. Variasi permasalahan yang spesifik daerah menuntut strategi intervensi kesehatan masyarakat yang juga bervariasi dan spesifik sehingga diperlukan komunikasi dan sinkronisasi antara pusat dan daerah yang lebih efektif melalui berbagai pendekatan, termasuk dalam memanfaatkan teknologi komunikasi terkini.
- 4) Kementerian/lembaga lain (Kominfo, Kemdes, dan Kemdagri) diharapkan agar membantu menumbuhkan *demand side* masyarakat atas kebutuhan program kesehatan masyarakat.
- 5) Kebijakan dalam integrasi antarprogram dan lintas sektor untuk program kesehatan masyarakat (pusat dan daerah)
- 6) Regulasi daerah atas pelaksanaan program kesehatan masyarakat disatukan sehingga *output* dan prioritasnya sama.
- 7) Kesenambungan pola pembiayaan dilakukan untuk program kesehatan masyarakat di daerah dan transparansi dukungan APBD sehingga dapat menutupi kesenjangan (*gap*) untuk daerah yang memang membutuhkan dukungan APBN.
- 8) Dilakukan pemerataan distribusi dan kualitas pelaksana program kesehatan masyarakat di daerah.
- 9) *Reward* dan *punishment* diberikan kepada daerah atas pelaksanaan dan capaian program kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka




- ASEAN Statistic Leaflet_Selected Key Indicator 2017. <https://www.aseanstats.org/publication/asean-statistics-leaflet-selected-key-indicators-2017>.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, 2017, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Indonesia
- Badan Litbangkes 2012 Kajian Kematian Maternal di 5 Region, Badan.
- Bajuri, P.A., 2019, Mengurangi Kesenjangan Kematian maternal dan Neonatal di Indonesia, Temu Ilmiah Berkala, di Litbangkes, Juni 2019.
- Bradley, S. et al., 2012, Revising Unmet Need for Family Planning. Demographic and Health Research Division.
- Direktur Pencatatan Sipil, Paparan: Penguatan data SIAK berdasarkan Data Kesehatan, Bekasi, Juli 2019.
- Kementerian Kesehatan, 2015, Pengembangan Model Intervensi Kesehatan Berbasis Sekolah Untuk Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Pada Pelajar SMP dan SMA di Indonesia 2015. Jakarta:Indonesia .
- Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan, 2019. Laporan *Rapid Assesment* PS2H Kabupaten Padang Pariaman, 2019.
- Putro, Gurendro. (2010). Alternatif Pengembangan Model Kesehatan Reproduksi Remaja Tahun 2009. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, Vol.1 No.1, Desember 2010: 23–31.
- Sinurat,L., Pinem, M. (2017). Keadaan Gerakan Keluarga Berencana di Desa Parlundu,Pangurusan, Kabupaten Samosir. *JPPUMA: Jurnal Ilmu Pemerintahan dan Sosial Politik UMA*, 5 (2)(2017): 126–138.
- Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal Sensus Penduduk 2010.
- Tejayanti, T. 2019. Determinan Sosial Kematian maternal dan Neonatal; Disertasi FKM UI, 2019.
- WHO, 2014. Trends in maternal mortality 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and The Nations Population Population Divison, 2014.

WHO, 2012. Trends in Maternal Mortality:1990 to 2010, by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Estimates, 2012.

WHO, 2010, Health Information system, School of Population Health University of Queensland.



BAB 4
**PROGRAM
PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN
PENYAKIT DI
INDONESIA DARI SISI
PANDANG RISET**



BAB 4

Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Indonesia dari Sisi Pandang Riset

Helena Ulliyartha Pangaribuan, Miko Hananto, dan Sri Idaiani

Menjelang awal milenium ketiga, populasi dunia berkembang menghadapi penggandaan beban penyakit menular dan tidak menular. Meskipun pada tahapan yang berbeda dan derajat, negara maju dan berkembang sama, berjuang melawan tren yang mengkhawatirkan penyakit, seperti penyakit kardiovaskular (CVD), diabetes, kanker, pernapasan kronis penyakit, kondisi mental, HIV / AIDS, malaria, tuberkulosis, dan banyak lagi penyakit lain yang sudah ada muncul atau muncul kembali, seperti campak, hepatitis, kolera, meningitis, Ebola, SARS, dan lainnya. (Boutayeb A., 2010).

Sementara itu, penyakit menular terus menyebabkan jutaan kematian dan kecacatan terutama di Afrika. Infeksi saluran pernapasan akut, HIV/AIDS, diare, malaria, dan tuberkulosis adalah pembunuh menular terbesar di dunia dan khususnya di Afrika. Kelima penyakit ini menyebabkan sekitar 13 juta kematian per tahun, tetapi selain angka kematian, mereka juga menimbulkan beban yang tinggi dalam hal kecacatan dan morbiditas, memengaruhi individu, keluarga, dan seluruh masyarakat. Banyak penyakit lainnya, termasuk yang disebut penyakit terabaikan, seperti filariasis limfatik, leishmaniasis, schistosomiasis, buruli ulcer, kolera, sistiserkosis, dracunculiasis, infeksi trematoda melalui makanan, hidatidosis, helminthiasis yang ditularkan melalui tanah (ascariasis, trikuriasis, penyakit cacing tambang), trachoma, trypanosomiasis, onchocerciasis, penyakit Chagas, dengue dan lain-lain yang memengaruhi khususnya negara rendah dan berpenghasilan menengah (Boutayeb A., 2010).

Penyakit tidak menular termasuk penyakit jantung, strok, kanker, diabetes, dan penyakit paru-paru kronis, secara kolektif bertanggung jawab atas hampir 70% dari semua kematian di seluruh dunia. Hampir tiga perempat dari semua kematian PTM dan 82% dari 16 juta orang yang meninggal secara prematur atau sebelum mencapai usia 70 tahun, terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, *Noncommunicable Diseases*, 2019).

Berdasarkan Badan Kesehatan Dunia, PTM meningkat terutama didorong oleh empat faktor risiko utama: penggunaan tembakau, aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, dan pola makan yang tidak sehat. Epidemologi PTM menimbulkan konsekuensi kesehatan yang menghancurkan individu, keluarga, dan komunitas, serta mengancam sistem kesehatan. Biaya sosial ekonomi yang terkait dengan PTM membuat pencegahan dan pengendalian penyakit ini menjadi pembangunan utama yang penting di abad ke-21. Tindakan atau respons segera dari pemerintah diperlukan untuk memenuhi target global untuk mengurangi beban PTM (WHO, *Noncommunicable Diseases*, 2019).

Seperti halnya yang dialami oleh berbagai negara, Indonesia termasuk salah satu negara yang masih menghadapi beban ganda penyakit menular dan tidak menular sejalan dengan tingkat pembangunan ekonomi dan sosial masyarakatnya sebagai peralihan dari transisi epidemiologi. Perubahan prioritas masalah kesehatan dari penyakit menular ke penyakit tidak menular menjadi hal utama dalam pengembangan strategi pembangunan kesehatan.

Konsep pencegahan dan pengendalian penyakit pada dasarnya bersifat dinamis, baik untuk penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Pendekatan intervensi dapat mengacu pada konsep dan prinsip yang sama meskipun perbedaan spesifik muncul sesuai dengan karakter dari penyakit. Penyakit menular bersifat infeksius dan dapat berulang atau akut. Sementara itu, penyakit tidak menular pada umumnya lebih bersifat degeneratif dan lebih ke arah kronik. Prinsip pencegahan dan pengendalian yang serupa dapat dijalankan untuk penyakit secara keseluruhan termasuk dalam pendekatan komprehensif mencakup aspek lingkungan, agen, *host* melalui strategi perubahan perilaku, penguatan kemampuan individu untuk hidup sehat, penciptaan lingkungan yang sehat, pemberdayaan masyarakat, kebijakan yang berwawasan kesehatan, serta pelayanan kesehatan yang memadai. Perbedaan yang lebih spesifik untuk pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular adalah lebih pada kebutuhan pelayanan kesehatan, metode surveilans, dan dampak ekonomi.

Dalam bagian ini akan dibahas secara terpisah untuk pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan penyakit menular. Penyakit menular mencakup penyakit menular langsung, seperti HIV/AIDS, TB paru,

ISPA, hepatitis, pneumonia, kusta/frambusia, serta penyakit tular vektor dan zoonotik yang mencakup malaria, filariasis, arbovirosis, dan shistosomiasis. Sementara itu, untuk penyakit tidak menular mencakup penyakit tidak menular (PTM) utama dan faktor risiko bersama.

4.1 Penyakit Menular Langsung

4.1.1. Tuberkulosis Paru

A. Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular utama, salah satu dari 10 penyebab utama kematian di seluruh dunia dan penyebab utama kematian akibat satu agen infeksius. Penyakit ini disebabkan oleh *Bacillus Mycobacterium tuberculosis* yang menyebar ketika orang sakit mengeluarkan bakteri ke udara, misalnya dengan batuk. Biasanya hal itu memengaruhi paru-paru (TB paru), tetapi juga dapat memengaruhi tempat lain (TB ekstra Paru)(WHO, 2019).

Target SDG 3.3 termasuk mengakhiri epidemi TB pada tahun 2030. Strategi mengakhiri TB menetapkan untuk tahun 2030 adalah pengurangan 90% jumlah kematian tuberkulosis dan pengurangan 80% kejadian tuberkulosis (kasus baru per 100.000 penduduk per tahun) jika dibandingkan dengan tahun 2015. Target tahun 2020 adalah pengurangan 35% jumlah kematian akibat tuberkulosis dan penurunan 20% kejadian tuberkulosis.

Strategi Nasional Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud terdiri atas penguatan kepemimpinan program TB; peningkatan akses layanan TB yang bermutu; pengendalian faktor risiko TB; peningkatan kemitraan TB; peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TB; dan penguatan manajemen program TB.

B. Capaian

Pada tahun 2018 angka keberhasilan pengobatan semua kasus tuberkulosis sebesar 84,6%. Angka kesembuhan semua kasus yang harus dicapai minimal 85,0%, sedangkan angka

keberhasilan pengobatan semua kasus minimal 90,0% Angka Keberhasilan Pengobatan TB MDR. Cakupan keberhasilan pengobatan sebesar 89,99%. Provinsi yang mencapai angka keberhasilan pengobatan semua kasus tuberkulosis minimal 85% pada tahun 2019 sebanyak 9 provinsi (26,5%) (Kementerian Kesehatan, 2019). Saat ini program eliminasi TB mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Kementerian Kesehatan, 2016).

C. Tantangan

Kasus tuberkulosis di Indonesia menduduki peringkat ke-3 setelah India dan China dengan jumlah kasus sebanyak 845.000 orang (770.000–923.000), yakni kasus pada laki-laki sebesar 60% dan kasus pada anak 8%. Dari kasus tersebut 564.000 dilaporkan dan 281.000 tidak dilaporkan dan atau tidak didiagnosis. Cakupan deteksi (*case detection rate*) TB paru menurut provinsi tahun 2018 baru mencapai 61%. Jumlah kematian akibat tuberkulosis sebanyak 98.000 (91.000–106.000), termasuk 5.300 kematian orang dengan HIV. Cakupan pengobatan sebesar 67% dan keberhasilan pengobatan sebesar 85%. Kasus *drug-resistant* tuberkulosis sebanyak 24.000 orang (17.000–32.000) terdiri atas 9.038 orang merupakan konfirmasi laboratorium dan 4.194 orang memulai pengobatan dengan *second-line treatment*.

Terdapat 21.000 orang (8.900–38.000) penderita TB-HIV, 10.174 orang dilaporkan dan 4.082 orang dilaporkan dengan pengobatan antiretroviral (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Menurut Global Tuberculosis Report 2109 (WHO, 2019), jumlah kasus tuberkulosis pada tahun 2018 ditemukan sebanyak 566.623 kasus. Hal itu meningkat bila dibandingkan dengan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2017 sebesar 446.732 kasus (Kementerian Kesehatan, 2019). Cakupan deteksi (*case detection rate*) TB paru menurut provinsi tahun 2018 baru mencapai 61%.

WHO mencatat tantangan dalam menghadapi perjuangannya melawan TB. Kendala utama adalah (1) tingginya tingkat *multidrug-resistant* TB (MDR-TB); (2) pertumbuhan pesat epidemi HIV di negara-negara timur dan Asia tengah dan akibatnya peningkatan tajam pada TB terkait dengan HIV; (3) kebutuhan untuk mereformasi sektor kesehatan untuk memasukkan lebih dekat keterlibatan perawatan kesehatan primer dalam pengendalian TB; (4) masih terbatasnya komitmen politik dan keuangan untuk pengendalian TB; (5) kurangnya advokasi, komunikasi, dan mobilisasi sosial (WHO, 2018).

Berdasarkan penelitian Bisara dkk., diketahui proporsi ketidakpatuhan terhadap pengobatan anti-TB adalah 27,24%. Alasan utama peserta menghentikan pengobatan anti-TB adalah merasa lebih baik 223 (40,0%), dinyatakan sembuh oleh tenaga kesehatan 142 (25,5%), tidak memiliki uang 71 (12,8%), dan efek samping 29 (5,2%). Dalam analisis multivariat, faktor perilaku yang memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan anti-TB adalah merokok (OR = 1,78, 95% CI (1,47–2,16)); tempat pengobatan pertama kali diterima, yaitu rumah sakit pemerintah (OR = 1,45, CI 95% (1,06–1,99)), rumah sakit swasta (OR = 1,93, CI 95% (1,38–2,72)), dan dokter swasta (OR = 2,24, 95% CI (1,56–3,23)). Faktor sosial demografi dan status TB meliputi tempat tinggal/wilayah, yaitu Sumatra (OR = 1,44, CI 95% (1,05–1,98)), wilayah lain (OR = 1,84, CI 95% (1,30–2,61)); tingkat pendidikan yang lebih tinggi (OR = 1,60, 95% CI (1,27–2,03)); dan status positif TB saat ini (OR = 2.17, 95% CI (1.26–3.73)) (Bisara, 2015).

D. Upaya Program

Proporsi pasien TB yang tidak mematuhi obat anti-TB cukup tinggi di Indonesia. Edukasi tentang TB dan pelayanan kesehatan yang lebih dekat dengan masyarakat merupakan isu terpenting untuk mengurangi ketidakpatuhan terhadap pengobatan TB.

4.1.2. HIV/AIDS

A. Pendahuluan

Perkiraan jumlah populasi kunci (pekerja seks, LSL, transgender, penasun, dan klien SW) adalah sebanyak 6.657.705 orang, dengan jumlah ODHA pada tahun 2016 sebanyak 640.443 orang. Prevalensi HIV di Indonesia 0,33% (range: 0,06–0,68), khusus Tanah Papua 2,2% (range: 1,1–3,5). Tujuan pencegahan dan pengendalian HIV AIDS mencapai 3 zero, yaitu *zero new HIV infection*, *zero AIDS related death* dan *zero discrimination*. Untuk mempercepat pencapaian tujuan tersebut, ditetapkan suatu target 90/90/90 yang ingin dicapai pada tahun 2027, yaitu 90% ODHA mengetahui status HIV-nya; dan dari 90% tersebut, 90%- nya mendapatkan terapi ARV; dan 90% ODHA yang mendapatkan terapi ARV tersebut mengalami penekanan jumlah virus. Perlu dilakukan berbagai terobosan dan inovasi untuk dapat mencapai target tersebut.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Program pengendalian HIV di Indonesia bertujuan untuk 1) menurunkan hingga meniadakan infeksi baru; 2) menurunkan hingga meniadakan kematian terkait dengan AIDS; dan 3) menurunkan stigma dan diskriminasi. Berdasarkan hasil pemodelan Spectrum tahun 2016, estimasi jumlah orang dengan HIV di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 641.675 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 46.372 orang dan kematian sebanyak 38.734 orang (Profil Kesehatan Indonesia 2019).

B. Capaian

Dalam rangka penganggulangan HIV dan AIDS telah tersedia Permenkes RI No 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS dan Permenkes RI No 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral.

C. Tantangan

Data program nasional menunjukkan jumlah kasus HIV positif yang dilaporkan dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 50.282 kasus. Pada tahun 2019 dilaporkan sebanyak 7.036 kasus. Hal ini cukup berbanding terbalik dengan kondisi 8 tahun sebelumnya jumlah kasus baru AIDS cenderung menurun. Laporan kasus menunjukkan kasus HIV 70,4% (25–49 tahun) dan AIDS, yaitu 28,3% (20–29 tahun) dan 33,6% (30–39 tahun). Kasus tertinggi terjadi pada kelompok usia produktif. Sementara itu, bukti masih ditemukan penularan HIV dari ibu ke anak ditunjukkan dengan adanya penemuan kasus HIV dan AIDS pada kelompok usia di bawah 4 tahun (Profil Kesehatan Indonesia 2019).

Penelitian di Nusa Tenggara Timur diadakan Ende. Penyebaran HIV dan AIDS telah meluas dan jumlah pasien yang bukan golongan masyarakat berisiko tinggi meningkat di Indonesia. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan kurangnya pengetahuan yang menyeluruh tentang HIV dan AIDS, terutama pada kelompok masyarakat dan pemimpin masyarakat (Pasaribu, 2010).

Penelitian *cross-sectional* dilakukan tahun 2016–2017 di 4 kota menunjukkan tingkat prevalensi infeksi saluran reproduksi (RTI) dan infeksi menular seksual (IMS) pada wanita hamil tinggi dan sama tingginya dengan penelitian sebelumnya pada tahun 1990-an. Angka prevalensi infeksi pada wanita hamil ini adalah Chlamidiasis 5,9–6,6% ; Gonore 0,6–0,7% ; Sifilis 0–1,8% ; Trikomoniasis 0,6–9,5% ; Vaginosis Bakteri 18,8–65,1% ; Kandidiasis 13–45,6% ; Herpes Simplex-2 IgM 0,7–39,2% ; Herpes Simplex-2 IgG 0–7,8% ; dan HIV 0–1,8% (Pasaribu, 2010).

D. Rekomendasi

Perlunya strategi untuk mendukung lebih banyak *output* program di seluruh wilayah Indonesia seiring dengan meningkatnya prevalensi HIV di Indonesia.

Metode penyuluhan yang inovatif dan sesuai dengan sasaran melibatkan mitra terkait dengan kaitan HIV dan AIDS. Pendekatan langsung oleh petugas kesehatan kepada masyarakat dan populasi berisiko tinggi yang dilayaninya juga perlu ditingkatkan untuk memperbaiki komunikasi yang perlu dijalin dengan baik antara keduanya.

4.1.3. Hepatitis

A. Pendahuluan

Hepatitis merupakan peradangan pada hati dapat disebabkan oleh hal yang berbeda-beda, baik infeksius (misalnya virus, bakteri, jamur, dan parasit) maupun noninfeksi, contoh alkohol, obat-obatan, penyakit autoimun, dan penyakit metabolik (Naga Swetha Samji, 2020). Penyakit ini dapat juga berakibat fatal dan bisa menimbulkan berbagai gangguan kesehatan. Lima *strain* utama virus hepatitis dikenal sebagai A, B, C, D, dan E. Semua jenis virus ini menjadi perhatian penting karena beban penyakit dan kematian yang ditimbulkannya serta potensi wabah dan penyebaran epidemi. Secara khusus, tipe B dan C berkontribusi pada penyakit kronis pada ratusan juta orang dan bersama-sama mereka adalah penyebab paling umum dari sirosis hati dan kanker. Hepatitis A dan E dapat ditularkan melalui air dan makanan. Oleh karena itu, kebersihan penting dalam pengendalian mereka. hepatitis B, C, dan D ditularkan dari orang tua (WHO, 2020).

Secara global, WHO memperkirakan terdapat 257 juta orang menderita hepatitis B dan setiap tahun ada 900.000 orang meninggal. Untuk hepatitis C, diperkirakan terdapat 71 juta orang terinfeksi hepatitis C dan kematian setiap tahunnya sebanyak 400.000 orang. Di Asia Tenggara diperkirakan ada 39 juta orang terinfeksi hepatitis B dan 10 juta orang terinfeksi hepatitis C. Kematian akibat komplikasi hepatitis B dan C sebesar 81%. Target global menurut WHO adalah eliminasi hepatitis 2030 dengan menurunkan insiden (90%) dan mortalitas (65%). Untuk diagnosis ditargetkan 90% dan pengobatan 80% *eligible* populasi diobati (WHO, 2018).

Untuk pengendalian virus hepatitis, Kementerian Kesehatan RI melalui situs resmi Sehat Negeriku menyatakan memiliki 5 tindakan utama, yaitu (1) peningkatan kesadaran, kemitraan, dan mobilisasi sumber daya, (2) pengembangan surveilans hepatitis untuk mendapatkan data sebagai dasar penyusunan respons, (3) penguatan peraturan perundang-undangan, (4) tindakan preventif komprehensif, dan (5) deteksi dini dan tindak lanjut yang meliputi akses terhadap perawatan, dukungan, dan pengobatan.

B. Capaian

Jumlah ibu hamil yang diperiksa hepatitis B dengan menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) HbsAg masih relatif sedikit, yaitu sebanyak 1.643.204 orang atau sebanyak 39,95% dari target ibu hamil. Hasil pemeriksaan RDT HbsAg menemukan bahwa sebanyak 30.965 (1,88%) ibu hamil terdeteksi HBsAg Reaktif (positif). Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini hepatitis B pada kelompok berisiko sebesar 80%. Program nasional telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Hepatitis Virus sebagai acuan program eliminasi hepatitis.

C. Tantangan

Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi hepatitis klinis pada kelompok umur 1–4 tahun, 5–14 tahun, serta 35–44 tahun berturut-turut adalah 0,36%, 0,3%, dan 0,44% (Kementerian Kesehatan, 2018).

Hasil Riskesdas tahun 2018 adalah prevalensi hepatitis berdasarkan riwayat diagnosis dokter antarprovinsi yang terendah 0,18% (Kepulauan Bangka Belitung) dan tertinggi 0,66% (Papua). Distribusi hepatitis menurut kelompok umur hampir merata pada seluruh kelompok umur. Kondisi yang sama juga untuk jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan tempat tinggal.

Laporan yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa wabah hepatitis A terjadi setiap tahun, tetapi hepatitis E jarang dilaporkan. Cakupan kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini hepatitis 67,51%. Karena 95% penularan Hepatitis B adalah secara vertikal, yaitu dari ibu yang positif hepatitis B ke bayi yang dilahirkan maka Program Nasional dalam Pencegahan dan Pengendalian Virus Hepatitis B lebih fokus pada pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) karena. Sejak tahun 2015 telah dilakukan kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil dilayanan Kesehatan dasar (Puskesmas) dan Jaringannya (Profil Kesehatan Indonesia 2019).

D. Rekomendasi

Perlunya peningkatan surveilans dan deteksi dini terhadap virus hepatitis karena distribusi cukup merata pada setiap kelompok umur. Selain itu terkait PPIA khusus hepatitis B perlu pendekatan sistem kesehatan terutama program Kesehatan Ibu dan anak dan HIV.

4.1.4. Pneumonia

A. Pendahuluan

Pneumonia dapat disebabkan oleh virus, bakteri, atau jamur. Pneumonia adalah bentuk infeksi pernapasan akut yang menyerang paru-paru. Paru-paru terdiri atas kantung-kantung kecil yang disebut alveoli, yang terisi udara ketika orang yang sehat bernapas. Ketika seseorang menderita pneumonia, alveoli dipenuhi dengan nanah dan cairan yang membuat pernapasan terasa menyakitkan dan membatasi asupan oksigen. Pneumonia dapat dicegah dengan imunisasi, nutrisi yang adekuat, dan dengan mengatasi faktor lingkungan. Pneumonia yang disebabkan oleh bakteri dapat diobati dengan antibiotik, tetapi hanya sepertiga dari anak-anak dengan pneumonia menerima antibiotik yang dibutuhkan.

Pneumonia merupakan penyebab infeksi tunggal terbesar pada anak-anak di seluruh dunia. Pneumonia membunuh 808.694 anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2017, dan

15% dari semua kematian anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2018. Upaya pengendalian penyakit ini adalah dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita (Kementerian Kesehatan, 2019).

Indonesia berkomitmen untuk menurunkan angka kematian balita karena pneumonia sebagai bagian dari prioritas nasional, termasuk melalui pelaksanaan imunisasi *Pneumococcus Conjugated Vaccine* (PCV) secara bertahap dan mencakup seluruh Indonesia pada tahun 2024.

Perlu peningkatan kerja sama lintas program dan lintas sektor dengan prioritas pada perumusan *national action plane for pneumonia and diarrhoe* (NAPPD) dan upaya pencapaiannya dalam rangka upaya mengatasi faktor risiko pneumonia (Kementerian Kesehatan, 2020).

B. Capaian

Persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melakukan pemeriksaan dan tata laksana pneumonia melalui program MTBS sebesar 60%.

Upaya lain adalah meningkatkan dan mempertahankan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata, meningkatkan akses, cakupan, dan kualitas intervensi pneumonia yang komprehensif serta melakukan perluasan introduksi imunisasi PCV secara bertahap ke wilayah lainnya di Indonesia.

C. Tantangan

Angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 0,08%. Angka kematian akibat pneumonia pada kelompok bayi lebih tinggi, yaitu sebesar 0,16% jika dibandingkan dengan kelompok anak umur 1–4 tahun sebesar 0,05%.

Angka cakupan penemuan pneumonia balita berkisar antara 20%–30%. Tingkat kelengkapan pelaporan dari 94,12% pada tahun 2016 menjadi 100% pada tahun 2019 (Kementerian Kesehatan, 2019).

Hasil penelitian secara spasial pada balita dengan pneumonia di Kota Pariaman tahun 2015–2017 menunjukkan kejadian pneumonia pada balita dengan proporsi tinggi di Pariaman Utara. Pola sebaran kejadian pneumonia balita terhadap faktor pejamu berupa status gizi dan cakupan imunisasi memiliki kecenderungan negatif. Sementara itu, pola sebaran kejadian pneumonia balita terhadap faktor lingkungan berupa cakupan rumah sehat memiliki kecenderungan positif (Ramadanti A., 2019).

D. Rekomendasi

Upaya pengendalian pneumonia pada balita diprioritaskan pada daerah yang memiliki kasus tertinggi, kemudian dilanjutkan dengan daerah sekitarnya, dan meningkatkan upaya perbaikan kondisi lingkungan.

4.2 Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik

4.2.1 Filariasis Limfatik

A. Pendahuluan

Filariasis limfatik, umumnya dikenal sebagai elephantiasis, adalah penyakit tropis yang terabaikan. Infeksi terjadi ketika parasit filaria ditularkan kepada manusia melalui nyamuk. Infeksi biasanya didapat pada masa kanak-kanak yang menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik. Manifestasi lanjut penyakit ini berupa limfedema, elephantiasis, dan pembengkakan skrotum serta dapat menyebabkan cacat permanen. Penderita tidak hanya mengalami cacat fisik, tetapi menderita kerugian mental, sosial, dan finansial yang berkontribusi pada stigma dan kemiskinan. Upaya eliminasi melalui dua pilar strategi, yaitu pemutusan rantai penularan melalui pemberian obat pencegahan massal (POPM) dan mengurangi serta membatasi kecacatan melalui tata laksana kasus atau *morbidity management disability prevention* (MMDP)(WHO, 2018).

B. Capaian

Pemerintah telah menerbitkan Permenkes No. 94 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Filariasis. Dalam pelaksanaan program eliminasi telah mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan dan *assessment*, yaitu *transmission assessment survey* di kabupaten/kota pasca-POPM mengacu pada pedoman WHO, yang melibatkan 236 kabupaten/kota endemis filariasis limfatik di Indonesia berdasarkan pemeriksaan darah jari malam hari. Program eliminasi filariasis limfatik sudah dimulai dari tahun 2003 sampai dengan sekarang. Target global eliminasi adalah tahun 2020, tetapi Indonesia baru secara lengkap melaksanakan pemberian Obat Pencegahan Massal di 236 kabupaten endemis pada tahun 2017 sehingga diperkirakan eliminasi baru akan tercapai untuk 11 tahun ke depan sesuai dengan tahapan eliminasi.

C. Tantangan

Sampai saat ini sudah terdapat 21 kabupaten yang mencapai eliminasi dan mendapat sertifikat dari Menteri Kesehatan RI. Anorital dkk. 2017 dalam studi *multicenter* filariasis di dua kabupaten yang telah mendapatkan sertifikat eliminasi dinyatakan masih berlangsung transmisi dengan ditemukannya mikrofilaria di dalam darah penduduk, hewan reservoir, dan DNA filaria di nyamuk (Anorital, 2017).

D. Saran Kebijakan

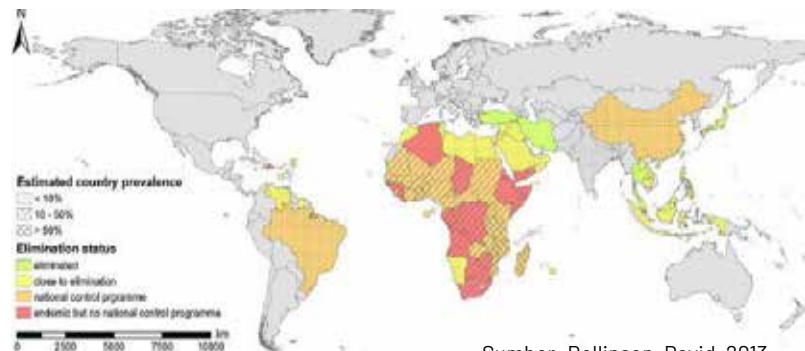
Berdasarkan hasil penelitian, terbukti masih berlangsung penularan di kabupaten yang telah memperoleh sertifikat dan direkomendasikan untuk tindak lanjut yang segera, yaitu aspek *post mass drug administration surveillance*. Selain itu, dengan ditemukannya hewan reservoir yang terinfeksi, tindak lanjut kerja sama dinas kesehatan kabupaten dengan dinas peternakan kabupaten di wilayah endemis *B. malayi zoonotic* dalam pengendalian reservoir (kucing dan anjing) liar memutuskan transmisi filariasis. Selanjutnya, penelitian lanjut untuk menentukan *endpoint* dari program eliminasi

filariasis sangat dibutuhkan untuk memastikan status eliminasi. Dalam aspek pencegahan di tingkat masyarakat perlu dipertimbangkan untuk pelaksanaan pendekatan yang efektif dalam edukasi kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat serta kesadaran masyarakat dan budaya masyarakat dalam perlakuan terhadap hewan reservoir.

4.2.2 Schistosomiasis

A. Pendahuluan

Schistosomiasis adalah penyakit kronis yang dapat memengaruhi produktivitas kerja orang yang terinfeksi dan dalam beberapa kasus dapat mengakibatkan kematian. Pada anak-anak, schistosomiasis dapat menyebabkan anemia, terhambatnya pertumbuhan, dan berkurangnya kemampuan belajar.



Sumber: Rollinson, David. 2013

Gambar 4.1

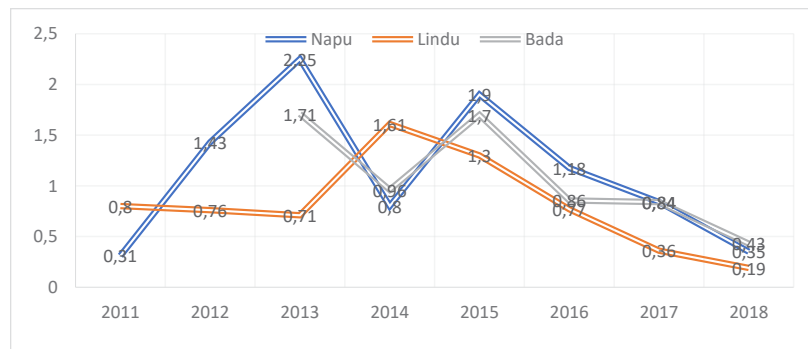
Peta Dunia, Situasi Schistosomiasis di Negara Endemis Schistosomiasis

Diperkirakan lebih dari 200.000 kematian per tahun disebabkan oleh schistosomiasis di Afrika sub-Sahara. Penyakit ini tergolong penyakit yang terabaikan atau *neglected tropical diseases*. Resolusi WHA 65.21 yang diadopsi pada Mei 2012 mencatat bahwa beberapa negara memutus penularan schistosomiasis dan bahwa negara dengan kategori *low endemic* harus didorong untuk memulai intervensi menuju eliminasi. Resolusi tersebut juga meminta

WHO untuk menyusun pedoman dalam implementasi menuju eliminasi dan untuk menetapkan proses sertifikasi penularan (WHO, 2019).

Sesuai dengan petunjuk WHO, strategi pengendalian angka kesakitan mencakup pengobatan massal yang ditargetkan pada kelompok risiko tinggi dengan frekuensi perawatan yang akan tergantung pada prevalensi infeksi (WHO, 2006).

Indonesia merupakan salah satu negara endemis schistosomiasis di wilayah Asia Tenggara dengan kategori *low endemic*. Schistosomiasis atau lebih dikenal dengan penyakit demam keong memiliki kompleksitas didalam penularannya. Di Indonesia schistosomiasis disebabkan oleh cacing *schistosoma japonicum* dengan keong perantara adalah *Oncomelania hupensis lindoensis*. Prevalensi rate pada manusia dapat dilihat pada gambar 4.2.



Sumber: Profil Kesehatan 2018 dan Garjito, 2008

Gambar 4.2
Prevalensi Schistosomiasis pada Manusia

B. Capaian

Upaya pengendalian schistosomiasis sudah dimulai sejak tahun 1975 (Sudomo, 1990). Setelah empat dekade pengendalian schistosomiasis, pada tanggal 18 Januari 2018 telah diluncurkan *roadmap* eradikasi schistosomiasis yang berisi strategi 2018–2025 bagi setiap kementerian/lembaga

terkait dalam upaya penanggulangan schistosomiasis. Target eliminasi schistosomiasis ditetapkan berdasarkan roadmap 2018–2025 tersebut. Dalam bidang kesehatan telah terbit Permenkes Nomor 19 Tahun 2018 tentang penyelenggaraan eradikasi demam keong. Dalam rangka memperkuat surveilans penyakit diperlukan *rapid diagnosis test* atau tes yang sangat sensitif untuk memastikan penularan sudah dapat ditekan. Saat ini program metode pemeriksaan yang digunakan adalah kato Katz (Kemenkes, 2018).

C. Tantangan

Anastasia dkk. (2018) melakukan uji reabilitas hasil kesepakatan diagnosis yang menunjukkan kekuatan kesepakatan antara petugas laboratorium di tingkat kabupaten dan petugas laboratorium Balai Litbangkes Donggala “sangat kurang” (Kappa 0,06). Hal ini menunjukkan masih kurangnya kompetensi petugas laboratorium menjadi kendala penegakan diagnosis schistosomiasis. Penelitian mencatat pentingnya peran lintas sektor khususnya dalam pemberantasan fokus keong menjadi kunci keberhasilan dalam eliminasi schistosomiasis (Anastasia, 2018).

Schistosomiasis masih bersifat endemis di 28 desa di Kabupaten Poso yang tersebar di dataran tinggi Napu (17 desa), dataran tinggi Bada (6 desa), dan dataran tinggi Lindu (5 desa) yang berada di Kabupaten Sigi. Pada tahun 2018, prevalensi schistosomiasis pada manusia berkisar 0–1.3% dan prevalensi pada hewan ternak mamalia mencapai 6.5%. Penanganan daerah fokus (habitat keong perantara) dinilai masih terbatas. Selain itu, pemberdayaan masyarakat dan peran lintas sektor di tingkat desa sebagai garda terdepan dalam pencegahan, deteksi dini, dan pengendalian schistosomiasis masih belum maksimal. Tantangan utama dalam eliminasi schistosomiasis ini adalah menggerakkan peran kunci lintas sektor dan masyarakat di berbagai tingkatan.

Berdasarkan hal tersebut, Balai Litbangkes Donggala telah melaksanakan riset operasional mengembangkan Bada model untuk pengendalian schistosomiasis berbasis masyarakat dengan mengerahkan seluruh sumber daya yang ada di masyarakat dan dukungan dari beberapa sektor terkait. Beberapa strategi pendekatan model adalah penyusunan Peraturan Desa tentang Pengendalian Demam Keong, pembentukan Tim Pengendali Schistosomiasis Desa, Pengendalian daerah fokus keong *O. hupensis lindoensis*, peningkatan kapasitas masyarakat, guru dan anak sekolah, serta penguatan fungsi puskesmas dan Laboratorium Schistosomiasis. Hasil riset menunjukkan penurunan infeksi yang signifikan pada manusia mencapai 0%. Hewan mamalia 0% dan fokus keong dari total 17 (tahun 2017) menjadi 3 fokus (tahun 2019). Bada model terbukti berhasil menurunkan infeksi pada manusia, hewan mamalia, dan keong perantara. Pendekatan Bada model ini direkomendasikan dapat diadopsi pada 27 desa endemis schistosomiasis lainnya untuk mempercepat eliminasi yang ditargetkan 2025 (Ahmad Erlan, 2019).

Penelitian etnografi schistosomiasis menyimpulkan guna merealisasikan program eliminasi, pemerintah perlu memperhatikan aspek *beyond health*. Sejarah panjang schistosomiasis telah membentuk persepsi masyarakat yang terjebak di daerah “fokus” bahwa schistosomiasis adalah eksperimen, proyek, dan uang. Dari sisi pelaksana, lemahnya sinergisme menyebabkan upaya pemberantasan schistosomiasis dari setiap lembaga menjadi tidak optimal (Pranata, 2019).

D. Saran Kebijakan

Dalam mencapai eliminasi 2025, diperlukan upaya inovatif dalam pendekatan pengendalian schistosomiasis. *Policy brief* hasil studi Bada model dapat diadaptasi pada desa endemis schistosomiasis lainnya yang tentunya disesuaikan dengan kondisi *local specific*. Dalam diagnosis,

perlu ditingkatkan kompetensi bahkan kualifikasi petugas, minimal tenaga analis kesehatan.

Studi operasional lebih lanjut terkait dengan alat diagnosis lain sangat dibutuhkan karena program saat ini menggunakan yang berbasis Kato Katz. Diagnosis yang akurat dan sensitif mendukung tercapainya eliminasi. Hasil studi menunjukkan diagnosis schistosomiasis masih belum optimal sehingga secara regular harus terus ditingkatkan dan dievaluasi dengan indikator terukur.

4.2.3 Malaria

a. Pendahuluan

Malaria disebabkan oleh parasit Plasmodium. Parasit tersebut disebarkan ke manusia melalui gigitan nyamuk Anopheles betina yang terinfeksi, yang disebut “vektor malaria.” Ada lima spesies parasit yang menyebabkan malaria pada manusia, dan 2 spesies ini— *P. falciparum* dan *P. vivax*— merupakan ancaman terbesar. Sebanyak 296 kabupaten/kota telah mencapai status bebas malaria, 157 kabupaten/kota merupakan kabupaten/kota endemis rendah, 33 kabupaten/kota merupakan kabupaten/kota endemis sedang, dan 28 kabupaten/kota merupakan kabupaten/kota endemis tinggi. Provinsi yang telah mencapai bebas penularan malaria adalah DKI Jakarta, Bali, dan Jawa Timur. Provinsi yang kabupaten/kotanya belum mencapai eliminasi ada di wilayah Indonesia timur adalah Papua, Papua Barat, NTT, Maluku, dan Maluku Utara.

Plasmodium knowlesi (*P. knowlesi*) adalah parasit malaria zoonosis yang ditularkan antara inang primata nonmanusia oleh nyamuk anopheles (*An.*), dan menyebabkan infeksi pada manusia. Kasus pertama pada manusia ditemukan di Peninsular, Malaysia tahun 1965. Sampai tahun 2012, empat kasus malaria plasmodium knowlesi pada manusia yang penularannya di sekitar hutan telah ditemukan di Kalimantan Selatan

Di Indonesia, tidak kurang dari 24 jenis penyakit tular vektor dan zoonosis pernah dilaporkan menginfeksi manusia dengan 13 di antaranya merupakan penyakit yang ditularkan oleh nyamuk dan sedikitnya 5 penyakit ditularkan oleh tikus dan kelelawar.

b. Capaian

Pencegahan malaria berupa vektor kontrol adalah cara utama untuk mencegah dan mengurangi penularan malaria. Jika cakupan intervensi pengendalian vektor dalam area tertentu cukup tinggi, masyarakat mendapat perlindungan. WHO merekomendasikan perlindungan untuk semua orang yang berisiko malaria dengan pengendalian vektor malaria yang efektif. Dua bentuk vektor kontrol— kelambu berinsektisida dan penyemprotan residu dalam ruangan atau *Indoor residual spraying* (IRS) — efektif dalam berbagai keadaan.

Malaria merupakan program prioritas nasional. Komitmen nasional dan global mencapai eliminasi malaria pada tahun 2030. Badan Kesehatan dunia meluncurkan Strategi Teknis Global untuk Malaria 2016–2030 merupakan kerangka kerja yang komprehensif untuk memandu negara-negara dalam upaya mereka untuk mempercepat kemajuan menuju eliminasi malaria. Strategi ini menetapkan target untuk mengurangi angka kejadian malaria global dan angka kematian setidaknya 90% pada tahun 2030. Permendagri Nomor 33/2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD tahun 2020 memuat anggaran untuk malaria.

c. Tantangan

Berdasarkan laporan dinas kesehatan, 80% kasus malaria berasal dari Papua. Target populasi khusus penanggulangan, antara lain, adalah perambah hutan (perkebunan ilegal dan pembalakan liar), pekerja tambang ilegal, dan suku asli terasing. Surveilans migrasi di daerah eliminasi malaria belum optimal (Ditjen P2P, 2019).

Penelitian deskriptif Indriyati dkk. di 3 puskesmas Kabupaten Kotabaru terkait kelambu malaria diketahui bahwa kepemilikan LLIN (83,73%) dan penggunaan *Long Lasting Insecticidal Nets/LLIN* (87,05%) oleh rumah tangga di daerah endemis malaria Kabupaten Kotabaru tergolong tinggi dapat mendukung pengendalian malaria di Kabupaten Kotabaru. Akan tetapi, perawatan LLIN khususnya kebiasaan mencuci LLIN yang terlalu sering (49,59%) dan menjemur LLIN di tempat yang panas (66,67%) dapat meningkatkan/mempercepat risiko kehilangan kandungan insektisida dalam kelambu sehingga akan menurunkan efektivitas /masa aktif/waktu pakai dari LLIN yang telah dibagikan (Liestiana, 2015).

Efikasi obat antimalaria sangat penting untuk pengendalian dan eliminasi malaria. Pemantauan berkelanjutan dari kemanjurannya diperlukan untuk menginformasikan kebijakan pengobatan di negara-negara endemis malaria dan memastikan deteksi disertai respons terhadap resistensi obat. Munculnya resistensi *multidrug*, termasuk resistensi terhadap artemisinin dan obat kombinasi adalah masalah kesehatan masyarakat yang mengancam keberlanjutan upaya global yang sedang berlangsung untuk mengurangi beban malaria. Strategi Teknis Global untuk Malaria 2016–2030 meminta negara endemis dan mitra malaria global untuk memantau kemanjuran obat-obatan antimalaria sehingga pengobatan yang paling tepat dapat dipilih untuk kebijakan nasional (WHO, 2020).

Studi yang dilakukan oleh Tjitra dkk., tahun 2008 mengenai *Plasmodium vivax* yang resistan terhadap beberapa obat dikaitkan dengan malaria berat dan fatal. Sebuah studi prospektif di Papua membuktikan wilayah ini dengan resistensi *chloroquine* tinggi terhadap *P. vivax* dan *P. falciparum* *P. vivax (mix infection)* terkait dengan malaria berat dan fatal terutama pada anak kecil. Epidemiologi *P. vivax* perlu diperiksa ulang di tempat lain tempat resistensi klorokuin meningkat (Tjitra, 2008).

Resistensi terhadap obat antimalaria merupakan masalah yang masih terus terjadi di Indonesia sampai saat ini. Resistensi parasit malaria *P. falciparum* terhadap obat-obatan generasi sebelumnya, seperti klorokuin dan sulfadoksin-pirimetamin (SP), meluas pada tahun 1950-an dan 1960-an sehingga dapat mengganggu upaya pengendalian malaria. Dampak yang terjadi adalah kemungkinan risiko keluarga tidak dapat melindungi kelangsungan hidup anak.

Penelitian Nanang Yunarto, dkk., tahun 2016 bertujuan untuk menghasilkan formula tablet DHP generik salut selaput untuk obat antimalaria Dihidroartemisinin-Piperakuin (DHP) yang merupakan terapi lini pertama untuk malaria. Namun, hingga saat ini sediaan yang ada masih merupakan obat impor (Yunarto, 2016). Formulasi tablet DHP generik ini berpotensi menjadi obat DHP pertama yang merupakan produksi dalam negeri. Tablet dicetak dengan kombinasi dua metode, yaitu granulasi basah untuk piperakuin fosfat (PQP) dan cetak langsung untuk DHA, kemudian disalut untuk melindungi dari pengaruh kelembapan. Penetapan kadar DHA dan PQP dilakukan menggunakan sistem Kromatografi Cair Kinerja Tinggi (KCKT). Uji disolusi dilakukan dengan metode *in house* menggunakan medium HCl 0.1 N. Hasil analisis menunjukkan bahwa tablet hasil formulasi memenuhi seluruh persyaratan fisik. Penetapan kadar menunjukkan bahwa kandungan zat aktif dalam tablet hasil formulasi adalah 95.17% untuk DHA dan 97.05% untuk PQP. Sementara itu, dari hasil uji disolusi diperoleh kandungan DHA dan PQP dalam tablet masing-masing adalah 113.51% dan 96.55% yang berarti memenuhi persyaratan umum kandungan zat aktif dalam tablet 90–110% dan persyaratan disolusi >75% (Yunarto, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara 287 sampel yang diperiksa, tiga sampel (1,05%) positif *P. knowlesi*. Ketiga kasus tersebut terinfeksi secara lokal terdiri atas 2 kasus di Kalimantan Tengah dan 1 kasus di Kalimantan Selatan (Ompusunggu, 2015).

d. Saran Kebijakan

Perlu optimalisasi edukasi terkait dengan perawatan *Long Lasting Insecticidal Nets/LLIN* efektivitas/masa aktif/waktu pakai sehingga masyarakat dipastikan terlindungi dari penularan malaria (Pratamawati, 2012).

Untuk *P. knowlesi*, perlu pemahaman saat ini dan kemungkinan masa depan dapat memengaruhi status penularannya dan bahkan tingkat paparan terhadap *zoonotic P. knowlesi*. Teknologi yang baru mungkin diperlukan untuk mengurangi penularan *P. knowlesi* kepada manusia. Perlu penelitian strategi mitigasi dan pencegahan yang tepat terkait dengan *P. knowlesi*.

Penjagaan efikasi obat antimalaria sangat penting dalam pencapaian eliminasi malaria. Pemantauan efikasi obat secara rutin diperlukan untuk menginformasikan kebijakan pengobatan di kabupaten/kota endemis malaria dan untuk memastikan deteksi dini, serta respons cepat terhadap resistensi obat.

4.2.4 Demam Berdarah Dengue (DBD)

a. Pendahuluan

Virus Dengue (DENV) termasuk dalam famili *Flaviviridae*, genus *Flavivirus*, dan ditularkan kepada manusia oleh nyamuk aedes, terutama aedes aegypti. Berdasarkan data uji netralisasi, empat serotipe (DENV-1, DENV-2, DENV-3, dan DENV-4) dapat dibedakan. Infeksi DENV adalah penyebab utama penyakit di daerah tropis dan subtropis dengan perkiraan 50 juta infeksi terjadi setiap tahun dan lebih dari 2,5 miliar orang berisiko terinfeksi (Martina B.E.E., 2009).

Infeksi virus *dengue* adalah salah penyakit yang ditularkan nyamuk di dunia. Penyakit ini mungkin asimtomatik atau dapat menyebabkan demam yang tidak dapat dibedakan, demam berdarah, demam berdarah *dengue* (DBD), atau sindrom syok *dengue*. Setiap tahun, 100 juta kasus demam berdarah dan

setengah juta kasus DBD terjadi di seluruh dunia. Sebanyak 90% penderita DBD adalah anak-anak kurang dari 15 tahun. Pada saat ini, demam berdarah sedang mewabah di 112 negara di dunia (Malavige GN, 2004).

Badan kesehatan dunia merekomendasikan satu-satunya metode efektif saat ini untuk mengendalikan atau mencegah penularan virus *dengue* adalah dengan memerangi nyamuk vektor. Pengendalian vektor diimplementasikan dengan menggunakan pendekatan *Integrated Vector Management* (IVM), yaitu proses pengambilan keputusan yang rasional untuk penggunaan sumber daya yang optimal untuk pengendalian vektor. IVM memerlukan pendekatan manajemen yang meningkatkan efikasi, keefektifan biaya, kesehatan ekologi, dan keberlanjutan pengendalian vektor penyakit dengan alat dan sumber daya yang tersedia. Pembuangan limbah padat yang tepat dan praktik penyimpanan air yang lebih baik, termasuk menutupi wadah untuk mencegah masuknya nyamuk betina dan bertelur adalah beberapa metode yang didorong melalui program berbasis masyarakat (WHO, 2018).

b. Capaian

Indonesia merupakan negara tropis. Kedua spesies vektor nyamuk utama DENV, *aedes aegypti* dan *Ae. albopictus*, endemik hampir di semua wilayah program pencegahan dan pengendalian demam berdarah telah dilaksanakan secara nasional oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Menular sejak tahun 1968. Program tersebut meliputi pelaksanaan penyemprotan orang dewasa peri-fokal, larvasida massal, dan edukasi pengendalian penyakit kepada masyarakat (Harapan H., 2019).

Program pencegahan dan pengendalian demam berdarah *dengue* berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah *Dengue* di Indonesia memiliki strategi (1) pengendalian vektor penular DBD dengan mengedepankan

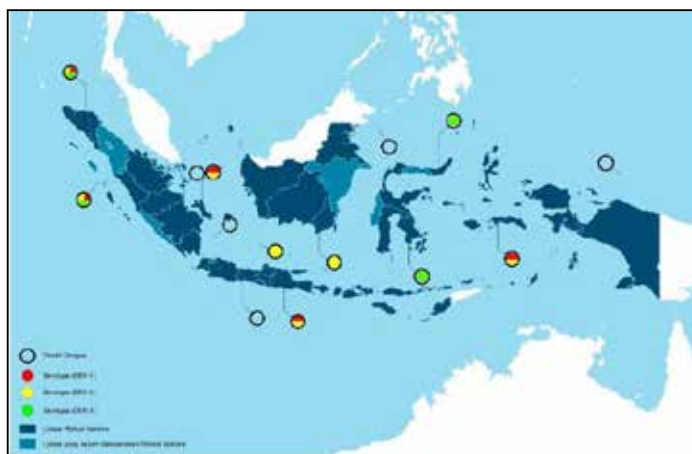
upaya pemberdayaan masyarakat dan peran serta masyarakat dalam PSN 3M Plus melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik; (2) penguatan sistem surveilans untuk deteksi dini, pencegahan, dan pengendalian kasus serta KLB DBD; (3) penguatan diagnostik dan penatalaksanaan penderita secara adekuat pada fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah kematian; dan (4) pengembangan dan pemanfaatan vaksin dan teknologi tepat guna lainnya dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD (Kemenkes, 2017).

Upaya peningkatan pemberdayaan dan peran serta masyarakat masih menjadi strategi prioritas dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan telah meluncurkan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik dalam rangka optimalisasi pembudayaan PSN 3M Plus pada masyarakat manajemen sistem pelaporan. Angka Bebas Jentik (ABJ) merupakan indikator yang digunakan untuk menilai upaya pengendalian DBD yaitu program sebesar > 95%. Kegiatan "Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J)" diharapkan dapat menghasilkan *output* untuk indikator ABJ (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia, 2019).

Sesuai dengan Renstra Kementerian Kesehatan RI sasaran strategis dalam Pembangunan Kesehatan tahun 2015–2019, antara lain, menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular, yaitu dengan meningkatkan persentase kabupaten/kota dengan angka kesakitan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) ≤ 49 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2019, *Incidence Rate* DBD sebesar 51,48 per 100.000 penduduk. Sementara itu, *case fatality rate* (CFR) adalah 0,67%. *Cut off* CFR tinggi bila CFR melebihi 1%. Pada tahun 2019 terdapat 10 provinsi dengan CFR di atas 1%, yaitu Maluku, Gorontalo, Kalimantan Tengah, NTT, Jawa Tengah, Maluku Utara, Sulawesi Utara, Jawa Timur, Papua, dan Sulawesi Barat (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia, 2019).

c. Tantangan

Rikhus vektora dilaksanakan 2015–2018 dengan tujuan untuk melakukan pemutakhiran data vektor dan reservoir penyakit sebagai dasar pengendalian penyakit tular vektor dan reservoir di Indonesia. Hasil identifikasi vektor dengue menunjukkan bahwa *Ae. aegypti* merupakan vektor dominan penular dengue dengan ditemukan virus tersebut dari Aceh sampai dengan Papua. Serotipe virus dengue yang paling dominan ditemukan pada nyamuk adalah DEN-3, diikuti dengan DEN-2, dan DEN-1. Selama pengumpulan data 4 tahun terakhir menunjukkan bahwa virus juga terdeteksi pada sampel, baik larva maupun nyamuk yang dipelihara dari hasil koleksi larva. Hal ini membuktikan bahwa penularan transovarial tercatat dalam penelitian ini. Genus *Culex*, terutama *Cx. tritaeniorhynchus* merupakan spesies nyamuk yang paling banyak terdeteksi mengandung virus JE. Meskipun demikian, virus ini juga terdeteksi pada beberapa genus lainnya, seperti *Armigeres* dan *Anopheles*. Hasil survei jentik di seluruh lokasi studi menunjukkan bahwa seluruh lokasi survei jentik *Aedes aegypti* dan *Ae. albopictus* menunjukkan angka bebas jentik (ABJ) di bawah 95% dan Breteau index (BI) di atas 5. Hal tersebut menunjukkan bahwa seluruh lokasi studi berisiko terjadi penularan dengue dan chikungunya (B2P2VRP 2018).



Sumber: B2P2VRP, 2018

Gambar 4.3
Peta Distribusi Vektor Dengue 2015–2018

Berdasarkan penelitian Ambarita L.P. dkk., DBD di Provinsi Sumatera Selatan khususnya Kota Prabumulih dalam beberapa tahun terakhir belum menunjukkan penurunan yang signifikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak intervensi pemberdayaan kader dan kelompok masyarakat terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat. Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah satu wilayah dengan intervensi pemberdayaan kader jumentik dan kelompok ibu-ibu pengajian, wilayah yang kedua dengan intervensi pemberdayaan kader jumentik, dan wilayah yang ketiga tanpa diberikan intervensi. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat sebelum dan sesudah intervensi diberikan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat antara sebelum dan sesudah intervensi. Namun, secara statistik perbedaan yang bermakna terjadi pada aspek pengetahuan dan perilaku di daerah dengan intervensi pemberdayaan kader dan kelompok masyarakat lokal. Kelompok masyarakat lokal, seperti kelompok pengajian, arisan, dan karang taruna dapat menjadi sasaran efektif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang aspek pencegahan penyakit DBD, yaitu menimbulkan kesadaran dan memicu terjadinya perubahan perilaku secara kolektif (Ambarita L.P., 2020).

Pratamawati dkk. dalam hasil kajiannya menjelaskan salah satu faktor belum efektifnya pencegahan DBD di Indonesia adalah masih lemahnya sistem kewaspadaan dini. Peran juru pantau jentik (jumentik) sangat penting dalam sistem kewaspadaan dini mewabahnya DBD karena berfungsi untuk memantau keberadaan dan menghambat perkembangan awal vektor penular DBD (Pratamawati D. A., 2012). Seiring dengan masih tingginya angka kasus DBD di Indonesia, muncul pertanyaan bagaimana peran jumentik dalam sistem kewaspadaan dini DBD selama ini di Indonesia. Secara umum, peran jumentik dinilai cukup berhasil dalam pencegahan DBD. Namun, terdapat beberapa hal yang perlu menjadi bahan

evaluasi. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menanggulangi terjadinya peningkatan kasus. Salah satu dan yang paling utama adalah dengan memberdayakan masyarakat dalam kegiatan PSN melalui gerakan 3M (menguras, menutup, dan mengubur). Kegiatan ini telah diintensifkan sejak tahun 1992 dan pada tahun 2000 dikembangkan menjadi 3M Plus, yaitu dengan cara menggunakan larvasida, memelihara ikan, dan mencegah gigitan nyamuk. Salah satu faktor belum efektifnya pencegahan DBD di Indonesia adalah masih lemahnya sistem kewaspadaan dini. Kunci pencegahan penyakit DBD adalah pengawasan yang ketat untuk pelaporan dini hasil pemantauan kepadatan vektor. Peran jumentik sangat penting dalam sistem kewaspadaan dini DBD karena berfungsi untuk memantau keberadaan serta menghambat perkembangan awal dari vektor penular DBD. Keaktifan kader jumentik dalam memantau lingkungannya merupakan langkah penting untuk mencegah meningkatnya angka kasus DBD (Pratamawati, 2012).

d. Rekomendasi

Pemberdayaan masyarakat sebagai salah satu upaya strategi pencegahan dan pengendalian DBD masih perlu peningkatan terutama keaktifan jumentik melalui motivasi yang diberikan oleh dinas kesehatan setempat untuk mengoptimalkan peran sebagai kader.

Pemilihan sasaran dilakukan dalam dalam rangka meningkatkan pengetahuan tentang aspek pencegahan penyakit DBD sangat penting karena berpengaruh terhadap memicunya perubahan perilaku secara kolektif. Selain itu, penggunaan media audiovisual dalam promosi kesehatan perlu memperhatikan konten maupun jenisnya yang disesuaikan dengan karakteristik sasaran (masyarakat) yang akan dituju.

Adanya penularan transovarial virus dengue pada vektor DBD mengindikasikan bahwa penularan transovarial berperan dalam mempertahankan dan meningkatkan epidemik DBD

karena nyamuk bisa bersifat reservoir virus dengue sepanjang hidupnya, Selain itu, hal tersebut merupakan etiologi utama yang bertanggung jawab atas kemunculan kembali penyakit dari fase interepidemi ke fase epidemik dari onset penyakit. Program nasional diharapkan dapat merancang tindakan pengendalian khusus spesies.

4.3 Penyakit Tidak Menular

4.3.1. Latar Belakang

Saat ini Indonesia tengah menghadapi transisi demografi dan epidemiologi. Transisi demografi yang terjadi menjadikan Indonesia pada tahun 2020–203 atau dapat lebih awal dan lebih lama mempunyai jumlah penduduk pada kelompok usia produktif mencapai 70 persen lebih besar jika dibandingkan dengan penduduk usia lanjut. Hal ini berarti penduduk berusia 15–64 tahun berjumlah dua kali lipat jika dibandingkan dengan penduduk usia nonproduktif (di bawah 15 tahun dan di atas 65 tahun). Perubahan ini menjadikan penyakit tidak menular (PTM) meningkat signifikan dan menjadi faktor penyebab utama kematian di Indonesia.

Transisi epidemiologi terjadi akibat transisi demografi, yaitu pergeseran pola penyakit dari penyakit menular (PM) ke PTM. Penyakit menular sesungguhnya belum semuanya bisa diatasi serta dituntaskan, ditambah dengan munculnya penyakit yang belum ada obatnya, misalnya penyakit HIV/AIDS. Demikian pula halnya tuberkulosis dan malaria masih menjadi penyakit menular utama di negara ini. Semua hal tersebut menjadikan Indonesia mengalami beban ganda penyakit.

Hasil analisis beban penyakit nasional dan subnasional Indonesia tahun 2017 yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) bekerja sama dengan *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) mencatat telah terjadi transisi epidemiologi PM ke PTM dari tahun 1990 menuju tahun 2017. Pada tahun 1990 penyakit terbesar adalah penyakit menular, kesehatan ibu dan anak (KIA), gizi, yaitu sebesar 51.30%, diikuti

penyakit tidak menular (39.8%) dan cedera (8.9%). Pada tahun 2017 ternyata penyakit terbesar adalah penyakit tidak menular sebesar 69.9% diikuti penyakit menular, KIA dan gizi (23.6%), serta cedera (6.5%).

4.3.2 Pencapaian

Program Pengendalian PTM di Indonesia diprioritaskan pada strategi 4 by 4 sejalan dengan rekomendasi global WHO (*Global Action Plan 2013–2020*). Program P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian PTM) berfokus pada 4 penyakit PTM utama, yaitu penyakit (1) kardiovaskular, (2) diabetes melitus, (3) kanker, dan (4) paru obstruksi kronis.

Pemilihan ke-4 penyakit tersebut disebabkan oleh penyakit-penyakit tersebut merupakan penyebab 60% kematian secara global.

Metode pengendalian penyakit tersebut dilaksanakan melalui pengendalian empat faktor risiko bersama, yaitu sebagai berikut:

1. diet tidak sehat (diet gizi tidak seimbang, kurang konsumsi sayur dan buah, serta tinggi konsumsi gula, garam, dan lemak);
2. kurang aktivitas fisik;
3. merokok;
4. mengonsumsi alkohol.

Situasi jumlah penyakit dan faktor risiko PTM di Indonesia dapat dilihat melalui hasil-hasil survei nasional kesehatan. Berdasarkan hasil riset kesehatan yang dilakukan Kementerian Kesehatan, prevalensi PTM utama dan faktor risiko bersama PTM adalah sebagai berikut.

Tabel 4.1
Prevalensi PTM dan Faktor Risiko PTM

	2007	2013	2018
Penyakit Jantung Koroner	0,5 (D)	1,5 (DG)	
Stroke	6,0 (D); 8,3 (G)	7,0 (D); 12,1 (G)	10,9 (D)**
Diabetes Melitus	5,7 (K)	6,9 (K+D)	8,5 (ADA); 10,9 (Perkeni)
Kanker	0,4		1,79 per mil
PPOK		3,7	
Kurang Konsumsi Buah dan Sayur	93,6	93,5	95,4
Kurang Aktivitas Fisik	48,2	26,1	33,5
Merokok Usia >18 thn		7,2	8,8
Konsumsi Alkohol	4,6 (a); 3,0 (b)	Tidak ada data	3,3 (a)
Tekanan Darah Tinggi	7,6 (D/O); 31,7 (U)	9,5 (D/O); 25,8 (U)	8,8 (D/O), 34,1 (U)
Obesitas	13,9 (L); 13,9 (P)	19,7 (L); 32,9 (P)	14,5 (L); 29,3 (P)
Narkoba			2017: 2,9

Sumber : Riskesdas 2007, 2013, 2018, Sirkesnas 2016 dan BNN 2017

Catatan

1. usia \geq 15 tahun , berdasarkan wawancara. D=diagnosis dokter, perawat, bidan (2007), dokter (2013). G= gejala
2. usia \geq 15 tahun , berdasarkan wawancara. D=diagnosis dokter, perawat, bidan. G= gejala * permil ** D=diagnosis dokter
3. usia \geq 15 tahun , pemeriksaan berdasarkan pemeriksaan darah arteri kadar gula sewaktu atau 2 jam pp \geq 200 mg/dl.. K=Kota , D=Desa
4. berdasarkan pengakuan responden
5. usia \geq 30 tahun, berdasarkan wawancara. D=diagnosis dokter.
6. usia \geq 10 tahun, wawancara konsumsi buah sayur < 5 porsi per hari dalam seminggu
7. usia \geq 10 tahun, melakukan aktivitas fisik sedang dan berat dalam seminggu
8. usia 10-18 tahun, *Sirkesnas 2016
9. usia \geq 10 tahun, a) konsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan b) 1 bulan terakhir c) minimal 1 satuan standar 1 bulan terakhir
10. usia \geq 18 tahun, D/O = diagnosis dokter, perawat , bidan atau sedang minum obat saat ini. U=ukur , tensimeter digital
11. IMT \geq 27,0
12. survei penyalahgunaan narkoba pada pekerja di Indonesia, BNN, 2017
13. ADA=American Diabetec Association, PERKENI=Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.

4.3.3. Upaya Pencegahan dan Pengendalian

Pencegahan dan pengendalian PTM tidak lepas dari kebijakan-kebijakan terkait. Beberapa kebijakan terkait dengan PTM yang ada adalah sebagai berikut:

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No.63 Tahun 2015 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam, dan Lemak serta Pesan Kesehatan untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji;
- 2) Instruksi Presiden (Inpres) No. 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Sehat;
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
- 4) Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan;
- 5) seluruh indikator PTM 2020–2024 menjadi Program Prioritas Nasional (Pro-PN);
- 6) pemanfaatan *Sin-tax* untuk program kesehatan terutama upaya promotif pereventif.

Upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan mengikuti rencana strategis (Renstra) yang ditetapkan. Berdasarkan renstra 2015–2019 untuk bidang PTM, terdapat lima indikator yang harus dicapai, yakni sebagai berikut:

1. persentase puskesmas yang melaksanakan pengendalian PTM terpadu (Pandu PTM);
2. persentase desa/kelurahan yang melaksanakan kegiatan posbindu PTM;
3. persentase puskesmas yang melaksanakan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita usia 30–50 tahun;
4. persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kawasan tanpa rokok (KTR) minimal 50% sekolah;
5. persentase puskesmas yang melaksanakan deteksi dini dan rujukan kasus katarak.

Hasil capaian dapat dilihat dari hasil Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) tahun 2016. Pada Sirkesnas ditetapkan sampel yang mewakili nasional sehingga angka yang diperoleh meskipun bukan merupakan hasil sensus, cukup dapat memperlihatkan capaian pada tahun 2016. Pada Program PTM terdapat istilah Pandu PTM, yaitu puskesmas yang melaksanakan pelayanan terpadu dengan pendekatan faktor risiko PTM, baik melalui upaya kesehatan perseorangan (UKP), maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM).

Tabel 4.2
Proporsi Puskesmas yang Mempunyai Posbindu PTM

Lokasi	N	Belum ada Posbindu PTM	Ada Posbindu PTM
Perkotaan	196	10,2	89,8
Perdesaan	143	16,1	83,9
	339	12,7	87,3

Sumber : Sirkesnas 2016

Dari tabel di atas terlihat delapan 87% puskesmas telah mempunyai posbindu, tetapi masih ada 12,7 persen puskesmas tanpa posbindu.

Tabel 4.3
Persentase Desa/Kelurahan Melaksanakan Posbindu PTM di Indonesia

Lokasi	N	n Desa memiliki Posbindu PTM	%
Perkotaan	1.301	763	58,6
Perdesaan	1.489	772	51,8
	2.790	1.535	55,0

Sumber : Sirkesnas 2016

Catatan: Sampel Dinkes dengan 264 kabupaten/kota tanpa memperhitungkan minimal 10% penduduk ≥ 15 tahun (tidak ada data penduduk di tingkat desa/kelurahan)

Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan kegiatan Posbindu PTM adalah desa atau kelurahan yang melaksanakan deteksi dini dan pemantauan (*monitoring*) faktor risiko PTM secara rutin minimal pada 10% penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah tersebut. Sehubungan dengan ketidaktersediaan data penduduk yang dibutuhkan pada sejumlah sampel, data di atas tidak memperhitungkan usia.

Tabel 4.4
Persentase (%) Banyaknya Sekolah Menerapkan Peraturan KTR Menurut Kabupaten/Kota

Lokasi	N	n	% Sekolah		
		Kabupaten/ Kota yang Punya Data KTR	>50% Menerapkan KTR	<50% Menerapkan KTR	Tidak Menerapkan KTR
Kota	44	29 (65,9)	24,1	27,6	48,3
Kabupaten	220	122 (55,5)	13,9	32,8	53,3
TOTAL	264	151 (57,2)	15,9	31,8	52,3

Sumber : Sirkesnas 2016

Kabupaten/kota yang menerapkan peraturan KTR ditandai dengan adanya peraturan dan kebijakan KTR dalam bentuk SE, SK, instruksi, dan peraturan wali kota/ peraturan bupati/ peraturan daerah dan telah menerapkan pada minimal 50 tempat proses belajar mengajar di sekolah. Bentuk pelaksanaan peraturan tersebut ditandai dengan 1) tidak ditemukan orang merokok di dalam gedung; 2) tidak ditemukan ruang merokok di dalam gedung; 3) tidak tercium bau rokok; 4) tidak ditemukan puntung rokok; 5) tidak ditemukan penjualan rokok; 6) tidak ditemukan asbak atau korek api; 7) tidak ditemukan iklan atau promosi rokok; 8) ada tanda *dilarang merokok*.

Data mengenai jumlah/persentase puskesmas yang melaksanakan deteksi dini kanker payudara dan serviks belum tersedia. Data yang tersedia adalah jumlah perempuan usia 30–50 tahun dengan melakukan deteksi dini melalui metode Inspeksi Visual dengan

Asam Asetat (IVA) atau papsmear pada kanker leher rahim dan pemeriksaan payudara klinis (sadanis) untuk kanker payudara. Hasilnya diperlihatkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.5
Persentase Perempuan usia 30–50 tahun
Dideteksi Dini Kanker Serviks dan Payudara

Tempat Tinggal	N	Deteksi Dini Kanker Serviks dan Payudara			
		Ya		Tidak	
		n	%	n	%
Kota	44	92	1,2	7.358	98,8
Kabupaten	220	54	0,7	7.420	99,3
TOTAL	264	146	1,0	14.778	99,0

Pencegahan dan Pengendalian PTM mempunyai upaya lain yang ditujukan untuk non-PTM, misalnya gangguan pelihatan akibat katarak. Persentase Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini dan rujukan kasus katarak bervariasi berkisar 0–82%. Nol persen terdapat di Provinsi NTT, Kalimantan Barat, Papua Barat, dan Papua, sedangkan 82% di Provinsi Jawa Barat.

4.3.4. Penyakit Tidak Menular dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Pada PMK Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal, untuk penduduk berusia 15 tahun ke atas, dilakukan pemeriksaan kesehatan standar berupa skrining PTM minimal 1 kali setahun. Skrining meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut, pemeriksaan tekanan darah, gula darah dan anamnesis perilaku berisiko misalnya merokok, minum alkohol, dan sebagainya. Khusus wanita berusia 30–50 tahun ditambah dengan pemeriksaan skrining kanker leher rahim dengan metode inspeksi visual asetat (IVA) dan skrining kanker payudara dengan pemeriksaan payudara klinis (sadanis). Pada penduduk lanjut usia (60 tahun ke atas) di samping pemeriksaan standar yang disebutkan ditambah pemeriksaan mental, kognitif, serta kemandirian.

4.3.5. Penyakit Tidak Menular dalam PIS-PK

Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan meluncurkan program nasional Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke 5 Nawa Cita yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program PIS-PK selanjutnya menjadi program utama pembangunan kesehatan yang direncanakan pencapaiannya melalui Renstra 2015–2019 dan didasarkan atas Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 tentang PIS-PK. Program ini dilaksanakan dengan cara melakukan kunjungan rumah oleh tim tenaga kesehatan berasal dari puskesmas. Kegiatan ini sudah sejak lama menjadi bagian dari program kegiatan puskesmas, yaitu kunjungan rumah oleh tenaga puskesmas ke rumah penduduk yang diidentifikasi mengalami masalah kesehatan di wilayah kerjanya dan perluasan upaya dari Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). Perbedaannya dengan program sebelumnya adalah pada PIS-PK kunjungan dilakukan kepada seluruh penduduk di wilayah kerja puskesmas secara sistematis, yaitu secara rutin dan terjadwal. Dengan melakukan kunjungan ke rumah, diharapkan tim tenaga kesehatan puskesmas dapat mengenali masalah-masalah kesehatan dan melaksanakan penyuluhan singkat sesuai dengan masalah yang dihadapi keluarga atau individu.

Melalui PIS-PK, puskesmas dapat mempunyai data dasar profil kesehatan keluarga yang meliputi seluruh keluarga yang tinggal di wilayah kerjanya. Dengan ketersediaan data dasar ini, puskesmas merancang prioritas kegiatan promotif-preventif yang efektif dan efisien dalam bentuk rencana usulan kerja (RUK) tahunan. Di samping itu, temuan PIS-PK secara rutin disampaikan pada acara minilokakarya yang diselenggarakan di puskesmas dan di tingkat kecamatan dengan melibatkan pejabat lintas sektor setempat. Dengan adanya program ini, diharapkan akan terjadi percepatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Di dalam PIS PK terdapat 12 indikator, yaitu sebagai berikut.

1. Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB).
2. Ibu bersalin di fasilitas kesehatan.

3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.
4. Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan.
5. Pertumbuhan balita dipantau setiap bulan.
6. Penderita tuberculosis paru berobat sesuai dengan standar.
7. Penderita hipertensi berobat teratur.
8. Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat tidak ditelantarkan.
9. Tidak ada anggota keluarga yang merokok.
10. Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih.
11. Keluarga mempunyai akses/mempunyai jamban sehat.
12. Semua anggota keluarga menjadi peserta JKN.

Sampai dengan pertengahan tahun 2019, PIS-PK telah dilaksanakan pada 60% keluarga Indonesia, hasilnya hanya 18% keluarga yang digolongkan keluarga sehat. Dari 12 indikator tersebut untuk bidang PTM terdapat 2 indikator, yaitu penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur dan anggota keluarga tidak merokok. Berdasarkan *dashboard* PIS-PK Kementerian Kesehatan pada akhir Oktober 2019 diperoleh data penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur sebesar 24,39% dan anggota keluarga tidak merokok 45,33%.

Masih rendahnya cakupan pengobatan yang teratur bagi penderita hipertensi merupakan sebuah tantangan bagi program kesehatan di Indonesia. Demikian halnya anggota keluarga yang tidak merokok yang masih sangat rendah. Pada pendataan PIS-PK disyaratkan tidak ada satu pun anggota keluarga yang merokok. Pada kenyataannya masih ada anggota keluarga yang merokok dalam satu keluarga atau rumah meskipun anggota keluarga lain lebih banyak yang tidak merokok.

4.3.6. Tantangan

Beberapa tantangan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular di Indonesia secara spesifik mengarah pada aspek kebijakan dan regulasi, aspek *outcome* kesehatan yang cenderung tidak membaik, sistem pemantauan (*monitoring*) dan pencatatan kesakitan PTM, serta dalam aspek pelayanan kesehatan. Secara lebih rinci, tantangan tersebut mencakup hal sebagai berikut.

- a. Kebijakan dan regulasi lintas sektor yang belum optimal.
Hampir semua masalah kesehatan membutuhkan peran lintas sektor dan dukungan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Kebijakan dan regulasi sangat diperlukan untuk keberlanjutan dan keberlangsungan implementasi program Pemerintah dalam pembangunan kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan tentang pengendalian gula, garam dan lemak telah ada, namun keterlibatan industri makanan dan minuman dalam pengendalian PTM masih perlu ditingkatkan. Dalam beberapa hal, masih terjadi ketidakharmonisan program kesehatan antarkementerian atau lembaga lain terutama berkaitan dengan pajak atau *tax*. Demikian juga dengan penerapan *Sin tax* untuk rokok, alkohol yang masih rendah dan perlu diperluas penerapannya terhadap zat dan perilaku berisiko lain yang terkait PTM. Dalam hal penerapan pajak berkaitan dengan kesehatan tampaknya Indonesia harus lebih banyak belajar pada beberapa negara tetangga, contohnya Filipina yang cukup berhasil menerapkannya.
- b. *Outcome* kesehatan terkait dengan prevalensi penyakit tidak menular utama dan faktor risikonya masih cenderung belum membaik. Angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular masih menjadi masalah utama. Diabetes melitus dan hipertensi merupakan dua penyakit tidak menular utama yang tertinggi di Indonesia. Sementara itu, kebiasaan merokok dan diet tidak sehat serta kurang aktivitas fisik merupakan perilaku berisiko yang masih menjadi masalah. Khusus diet tidak sehat, angka proporsinya sangat tinggi karena kurang konsumsi sayur dan buah dengan standar global. Masih tingginya prevalensi PTM dan faktor risikonya menunjukkan pengendalian belum banyak berhasil, misalnya peredaran tembakau dan sejenisnya belum sepenuhnya dapat dikendalikan. Di samping itu, penduduk yang mengalami obesitas masih cukup banyak.
- c. Sistem pemantauan dan pencatatan kejadian penyakit dan kematian akibat PTM masih terbatas. Sampai dengan tahun 2020 ini sistem pemantauan dan pencatatan penyakit

masih terbatas pada sistem yang bersifat konvensional dari pelaporan fasyankes yang sporadis sehingga masih banyak terkendala dalam aspek keterlambatan (*delay*) waktu dan *completeness* atau kelengkapan data. Sistem belum sepenuhnya terintegrasi dan keterbatasan teknologi komunikasi. Sementara itu, kebutuhan sudah jelas terlihat menjadi tantangan dalam pengembangan sistem informasi kesehatan secara umum dan secara khusus untuk pemantauan (*monitoring*) dan surveilans PTM termasuk dalam dimensi faktor risiko, kesakitan, dan kematian. Sistem registrasi terintegrasi yang bersifat nasional dan berbasis populasi belum tersedia. PTM merupakan penyakit kronik yang perlu untuk dilengkapi dengan registrasi agar pemantauan (*monitoring*) penyakit menjadi mudah. Sistem pencatatan hayati dan statistik vital masih dalam proses inisiasi dan pengembangan sehingga perlu diperkuat untuk penerapannya secara sistematis.

- d. Pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan yang masih terbatas.

Pelayanan kesehatan di tingkat pertama dan rujukan sangat berperan penting dalam pengendalian penyakit tidak menular serta termasuk juga dalam aspek pencegahan sekunder untuk pencegahan terjadinya komorbiditas (penyakit penyerta) yang dapat menimbulkan tingginya angka fatalitas yang berarti tingginya risiko kematian dan disabilitas. Tantangan utama di sektor fasilitas pelayanan kesehatan adalah sumber daya yang terbatas. Sementara itu, *demand* terhadap pelayanan cukup tinggi, terutama saat upaya berbasis masyarakat untuk deteksi dini dan skrining makin meningkat/membaik. Kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan perlu menjadi perhatian penting, terutama dalam kondisi kualitas pelayanan yang belum optimal, distribusi tenaga kesehatan yang belum sepenuhnya merata serta kendala geografis yang menuntut sumber daya yang lebih tinggi/ekstra. Sementara itu, pada sisi yang berbeda, upaya berbasis masyarakat dalam bentuk kegiatan posbindu

PTM masih belum dapat diterapkan secara optimal di semua wilayah desa/kelurahan. Angka cakupan desa yang mempunyai cakupan posbindu aktif masih sekitar 50% (Sirkesnas 2016), sedangkan data laporan puskesmas masih menunjukkan angka cakupan posbindu PTM masih sekitar 10%.

4.3.7. Prioritas area untuk penelitian dan pengembangan serta optimalisasi kebijakan

Jika mengacu pada fakta terkait dengan besaran masalah penyakit tidak menular dan faktor risikonya, beberapa kebutuhan pengembangan program dan penelitian ke depan di antaranya adalah mencakup beberapa aspek sebagai berikut.

a. Intervensi spesifik berbasis masyarakat dan fasilitas kesehatan

Penelitian operasional yang bersifat evaluatif dan pengembangan intervensi berbasis masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan masih sangat dibutuhkan. Intervensi berbasis masyarakat yang lokal spesifik dan mengutamakan kebutuhan setempat dapat bervariasi sesuai dengan permasalahan PTM pada populasi tertentu. Penguatan intervensi berbasis populasi, seperti pekerja, anak sekolah, dan komunitas besar lainnya menjadi alternatif yang dapat dikembangkan sebagai salah satu intervensi efektif. Penelitian berbasis fasilitas pelayanan kesehatan lebih mengarah pada alternatif intervensi untuk meningkatkan kualitas pelayanan termasuk memperkecil kesenjangan atau inekuitas dalam pelayanan kesehatan, terutama pada kelompok yang membutuhkan, rentan, dan sosial ekonomi rendah. Penelitian perlu dilakukan secara komprehensif dengan *output* sebagai rekomendasi kebijakan. Analisis kebutuhan perlu menjadi bagian dari proses pengembangan dan penelitian lebih lanjut.

b. Penerapan sistem pencatatan vital dan teknologi informasi
Inisiasi pemerintah untuk penerapan sistem pencatatan yang terintegrasi perlu diperkuat dengan peningkatan

kapasitas instansi terkait termasuk di pusat dan daerah serta penguatan sistem informasi yang berbasis elektronik, daring (*online*), dan digital. Sistem registrasi penyakit dan kematian harus bisa mencakup populasi di seluruh wilayah Indonesia. Penerapan yang bertahap secara regional atau kepualuan dapat menjadi alternatif. Badan Litbangkes sudah melaksanakan *sample registry system* dan sentinel sistem registrasi yang selanjutnya perlu ditindaklanjuti sebagai bahan advokasi dan pembelajaran di tingkat daerah dan pusat. Sistem informasi fasyankes yang sudah ada selama ini perlu terus diperkuat untuk mengatasi permasalahan *delay* dan *completeness*. Pemantauan masalah kesehatan berbasis survei berskala nasional dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota secara bertahap dapat dilakukan dengan melibatkan secara langsung setiap kabupaten/kota dengan pendampingan dari Badan Litbangkes sehingga setiap provinsi mempunyai kapasitas untuk melaksanakan survei yang bersifat keterwakilan wilayahnya sebagai bagian dari survei keterwakilan nasional.

c. Kebijakan publik berwawasan kesehatan

Pada dasarnya diperlukan analisis kebijakan yang sifatnya memberikan gambaran kebutuhan perbaikan kebijakan berwawasan kesehatan yang perlu diterapkan secara lebih efektif. Munculnya berbagai masalah kesehatan yang berdampak pada kualitas hidup dan produktivitas sumber daya manusia perlu dipertimbangkan untuk menjadi bagian dalam rencana strategi dan perencanaan pembangunan di setiap sektor pemerintahan. Beberapa *outcome* permasalahan PTM membutuhkan peran lintas sektor yang lebih spesifik, seperti lintas kementerian dan asosiasi profesi di sektor nonkesehatan, termasuk di sektor ekonomi, perdagangan, perhubungan, informasi, dalam negeri, pendidikan, wisata, dan agama. Masalah kesehatan yang memberikan dampak global, regional, dan nasional termasuk permasalahan PTM dan faktor risikonya. Beban biaya kesehatan akibat PTM sangat mahal. Sementara itu, perilaku

hidup tidak sehat masih menjadi permasalahan utama, seperti merokok dan diet tidak sehat. Peran pemerintah di semua lini masih belum mendukung secara optimal, pada saat masyarakat masih berada dalam lingkungan yang sangat mudah mendapatkan akses rokok, minuman manis, makanan asin, dan berlemak. Penelitian dan pengembangan dengan lingkup kebijakan dan regulasi ini menjadi suatu kebutuhan untuk mengetahui seberapa jauh kebijakan pemerintah sudah berwawasan kesehatan dan pengembangan kesehatan yang dibutuhkan termasuk instrumen atau data dukung yang diperlukan.

- d. Literasi kesehatan dilakukan di kalangan pengambil keputusan, tokoh masyarakat, dan masyarakat umum. Secara umum, literasi kesehatan merupakan aspek penting yang perlu menjadi bagian dalam peningkatan kebijakan berwawasan kesehatan, dan termasuk juga literasi kesehatan di masyarakat. Literasi kesehatan merupakan landasan dalam terciptanya kesadaran dan perubahan perilaku kesehatan serta dasar bagi sektor nonkesehatan dalam menguatkan kebijakan berwawasan kesehatan. Seberapa besar masalah literasi kesehatan dari perspektif nonkesehatan serta kebutuhan intervensi yang diperlukan merupakan lingkup permasalahan yang perlu dituangkan dalam penelitian dan pengembangan.
- e. Penelitian dan pengembangan dalam aspek epidemiologi, lingkungan, perilaku, klinik, genetik, dan biomolekular
Penelitian dan pengembangan PTM yang terintegrasi dan komprehensif merupakan salah satu upaya ke depan yang perlu dilakukan untuk mengatasi kesenjangan intervensi dan kebijakan yang masih terjadi di Indonesia. Isu terkait dengan pencegahan dan pengendalian PTM sangat membutuhkan intervensi spesifik di semua area penelitian. Analisis secara epidemiologis untuk kejadian PTM dan kematian akibat PTM diperlukan untuk mendapatkan pola permasalahan dan kebutuhan intervensi yang tepat sasaran. Aspek lingkungan juga dibutuhkan untuk mengetahui besaran masalah

paparan polutan atau paparan sosial yang berkontribusi pada kejadian PTM. Area penelitian ke arah perubahan perilaku menjadi penting untuk mengetahui strategi memperbaiki perilaku masyarakat ke arah perilaku sehat, termasuk memperbaiki nilai dan tradisi perilaku tidak sehat (merokok dan minuman tradisional beralkohol sebagai contoh). Bidang penelitian klinik PTM masih sangat diperlukan untuk tata laksana dan manajemen kasus yang efektif dan berkualitas. Pengembangan teknologi farmasi, obat tradisional, dan terapi tindakan spesifik serta deteksi dini terkait dengan PTM menjadi kebutuhan ke depan untuk mengatasi biaya obat dan perawatan yang cukup mahal untuk PTM karena keharusan terapi seumur hidup.

Empat penyakit prioritas di bidang PTM adalah penyakit kardiovaskular terutama jantung koroner, diabetes melitus, kanker, dan PPOK merupakan penyakit yang sebagian besar dapat dicegah atau dikendalikan melalui pemeriksaan rutin serta pengendalian faktor risikonya. Kanker serviks merupakan penyakit yang telah mempunyai vaksin pencegah dan efektif apabila diberikan pada saat anak berusia remaja. Kanker jenis lainnya belum banyak diketahui penyebabnya, tetapi mempunyai keterlibatan faktor lingkungan, perilaku, dan genetik. Meskipun tidak banyak upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya kanker, skrining dini akan mempunyai peluang kesembuhan yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan bila ditemui pada saat stadium lanjut.

Sejalan dengan empat PTM tersebut, upaya di bidang penelitian PTM juga memprioritaskan penelitian di bidang penyakit tersebut, baik dari aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) memberikan perhatian terhadap hal tersebut, yaitu dibuktikan dengan adanya penilaian indikator atau prevalensi PTM utama tersebut pada beberapa riset nasional serta adanya penelitian kohor faktor risiko PTM di salah satu kecamatan di Kota Bogor yang dilaksanakan jangka panjang.

Daftar Pustaka

- Ahmad Erlan, d. (2019). Evaluasi Pengendalian Schistosomiasis oleh Lintas Sektor dan Implementasi Bada Model di Daerah Endemis Schistosomiasis di Indonesia. Laporan Penelitian.
- Ambarita LP, S. M. (2020). Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat tentang Aspek Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Prabumulih, Sebelum dan Sesudah Intervensi Pemberdayaan Masyarakat. *J Vektor Penyakit.*, 9–16.
- Anastasia, H. (2018). Evaluasi Pengendalian Schistosomiasis oleh Lintas Sektor. *Nulletin Penelitian Kesehatan*, 217–26.
- Anorital, d. (2017). Laporan Studi Evaluasi Eliminasi Filariasis di Indonesia Tahun 2017 (Studi Multicentre Filariasis). Laporan Penelitian, Jakarta.
- Aztika Ramadanti, Faktor Risiko Kejadian Pneumonia Pada Balita dengan Pendekatan Keruangan di Kota Pariaman pada Tahun 2015–2017. , <https://r2kn.litbang.kemkes.go.id/handle/123456789/71547>, 2019
- B2P2VRP, K. R. (2018). Rikhus Vektora. Sekapur Sirih, Salatiga.
- Boutayeb A. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. *Handb Dis Burdens Qual Life Meas.* 2010;(March).
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM Kementerian Kesehatan RI. Program P2PTM dan Indikator. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/informasi-p2ptm>. 28 September 2019
- Garjito, T. (2008). Schistosomiasis in Indonesia: Past and present. *Parasitol Int.* 2008;57(3):277–80. , 277–80. .
- Harapan H., M. A. (2019). Epidemiology of dengue hemorrhagic fever in Indonesia: Analysis of five decades data from the National Disease Surveillance. . *BMC*, 4–9.
- Institute of Health Metric Evaluation. Burden of Disease. <http://www.healthdata.org/indonesia>. 22 Februari 2020.
- Jati WR. 2015. Bonus Demografi Sebagai Mesin Pertumbuhan Ekonomi: Jendela Peluang atau Jendela Bencana di Indonesia? *Populasi.* 2015;23(1):1–19.

- Kemendes, Indonesia Tegaskan Komitmen Pencegahan Pneumonia di Forum Internasional, <https://www.kemkes.go.id/article/view/20013100002/indonesia-tegaskan-komitmen-pencegahan-pneumonia-di-forum-internasional.html>, 2020.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Rencana Aksi Nasional Penyakit Tidak Menular 2015–2019 . p. 35–40, 76–112.
- Kementerian Kesehatan. 2007. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan. 2013. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan. 2016. Laporan Riset Penyakit Tidak Menular <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan. 2016. Laporan Survei Indikator Kesehatan Nasional <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan. 2017. Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2017. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan. 2018, May 14. PMK no 19 tentang Penyelenggaraan Eradikasi Demam Keong. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018 <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-nasional/>.
- Kementerian Kesehatan. 2019. Profil Kesehatan Indonesia 2018, Jakarta
- Kementerian Kesehatan. 2018. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Laporan Nasional Riskesdas, Balitbangkes, Kemenkes ,2017.
- Laporan Nasional Riskesdas, Balitbangkes, Kemenkes ,2018.

- Liestiana, Indriyati., dkk. 2015. "Kepemilikan, penggunaan, dan perawatan kelambu berinsektisida." *Journal of Health Epidemiology and Communicable Disease* 8–13,.
- Malavige GN, F. S. (2004). Dengue viral infections. *Postgrad Med J*, 588–601.
- Martina BEE, K. P. (2009). Dengue virus pathogenesis: An integrated view. *Clin Microbiol Rev*, 564–81.
- Naga Swetha Samji, Viral Hepatitis: <https://emedicine.medscape.com/article/775507-overview>, 2020.
- Nanang Yunarto, d. 2016. Formulation of Dihydroartemisinin-Piperaquine (DHP) Generic Tablet as Antimalarials Drug. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 8–15.
- Onagan F.C.C., Ho BLC, Chua KKT. 2019. Development of a sweetened beverage tax, Philippines. *Bull World Health Organ*. 2019;97(2):154–9.
- P2P, D. 2017. pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah di Indonesia. Ditjen P2P.
- Pasaribu RL, Prevalence of reproductive tract infections and HIV on pregnant women in some areas in indonesia, 2016–2017, Poster Presentations, 16 Juli 2019.
- Pasaribu R.L., Studi Dasar Profil Dan Kebutuhan Pasien Dalam Program Penanggulangan HIV-AIDS DAN Klinik VCT di Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, <https://r2kn.litbang.kemkes.go.id/handle/123456789/19422>.
- Pratamawati, D. A. 2012. Peran Juru Pantau Jentik dalam Sistem Kewaspadaan Dini. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 243–248.
- Rollinson, D. 2013. Time to set the agenda for schistosomiasis elimination. *Acta Tropica* Volume 128, Issue 2, 423–440.
- Sahat Ompusunggu, D. R. (2015). Penemuan Baru Plasmodium Knowlesi pada Manusia di Kalimantan Tengah. *Bul Penelit Kesehat*, 63–67.
- Setia Pranata, dkk. 2019. *Etnografi Schistosomiasis*. Jakarta: Gramata.
- Sudomo, M. 1990. "20 Years of Progress in Schistosomiasis Research." *Bulletin Penelitian Kesehatan*.

Tjitra, d. 2008. Multidrug-Resistant Plasmodium vivax Associated with Severe and Fatal Malaria: A Prospective Study in Papua, Indonesia. Plos One, 890–899.

WHO strategy and Goal for Viral Hepatitis elimination, 2018.

WHO, 2019, Global TB Report.

WHO, Hepatitis, 2020, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/hepatitis>).


WHO. 2018. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy WHO 2020?

WHO. 2018. Lymphatic Filariasis. Retrieved from Newsroom: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis>.




WHO. 2019. Retrieved June 3, 2020, from Noncommunicable diseases: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.

WHO.2018. Dengue. Retrieved from <https://www.who.int/denguecontrol/human/en/>

WHO.2019. <https://www.who.int/schistosomiasis/epidemiology/en/>. Retrieved November 11, 2019, from <https://www.who.int/schistosomiasis/epidemiology/en/>.



BAB 5
SISTEM RUJUKAN DAN
AKREDITASI
FASILITAS PELAYANAN
KESEHATAN SEBAGAI
UPAYA PENINGKATAN
AKSES DAN MUTU



BAB 5

Sistem Rujukan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Upaya Peningkatan Akses dan Mutu

M. Karyana, Yusleli Usman, Retna Tika Indah, Rossa Avrina dan Armaji K

5.1. Akses: Tantangan Geografis dan Kualitas Pelayanan Kesehatan, Aspek Budaya termasuk UKBM

Salah satu tantangan dalam pembangunan kesehatan yang dihadapi Indonesia adalah keadaan geografis yang sulit Indonesia merupakan negara dengan kepulauan terbesar yang terdiri atas lebih dari 17.000 pulau dan terdiri atas daratan, pegunungan, dan lautan dengan populasi lebih dari 258 juta jiwa (Yayasan Kesehatan Perempuan, 2017). Kondisi ini dapat menjadi faktor penghambat yang dihadapi masyarakat untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan.

Akses ke pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari jarak tempuh dan waktu tempuh, di samping ketersediaan sarana transportasi. Dari data Riskesdas banyak terdapat masyarakat yang membutuhkan waktu tempuh lebih dari 1 jam untuk dapat tiba ke pelayanan kesehatan dan masih banyak rumah tangga yang tidak mengetahui keberadaan, baik rumah sakit maupun puskesmas. Data juga menunjukkan lebih banyak penduduk pedesaan yang mengalami kesulitan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007, sekitar 6% rumah tangga memiliki jarak lebih dari 5 km ke fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, 2,7% rumah tangga memiliki waktu tempuh lebih dari 1 jam dan sekitar 6,6% membutuhkan waktu tempuh sekitar setengah sampai satu jam untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan. Riskesdas 2013 juga memberikan fakta bahwa hanya 69,6% rumah tangga yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah dan 53,9% mengetahui keberadaan rumah sakit swasta. Dari data Riskesdas 2018, terdapat 39,2% rumah tangga memiliki akses yang mudah ke puskesmas, 31,8% akses sulit, dan 29,0% sangat sulit. Ada perbedaan proporsi penduduk

yang mengalami kesulitan akses ke puskesmas antara masyarakat yang tinggal daerah perkotaan dan perdesaan pada kelompok yang sangat sulit mengakses fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi tidak banyak perbedaan pada kelompok yang sulit. Masih banyak ditemukan masyarakat yang mengalami akses yang sulit, baik masyarakat di perdesaan maupun perkotaan. Terkait dengan akses masyarakat ke rumah sakit, hasil Riskesdas 2018 memberikan fakta bawa 37,1% rumah tangga mempunyai akses mudah ke rumah sakit, 36,5% sulit, dan 26% sangat sulit. Proporsi masyarakat perdesaan yang dikategorikan pada kelompok sangat sulit dalam menjangkau rumah sakit ditemukan hampir 3 kali jika dibandingkan dengan daerah perkotaan. Riskesdas 2018 juga memberikan fakta bahwa makin rendah tingkat pendidikan makin besar kesulitan dalam menjangkau rumah sakit. Jika ditinjau dari jenis pekerjaan, kelompok pekerja petani dan nelayan mempunyai kesulitan akses yang lebih besar jika dibandingkan dengan kelompok pekerjaan lain (Kementerian Kesehatan, 2007; Kementerian Kesehatan, 2018).

Sistem kesehatan di Indonesia tidak hanya menyediakan pelayanan kesehatan tingkat pertama sampai ke tingkat rujukan lanjut, tetapi juga menyiapkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM), seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), pondok bersalin desa (polindes), dan pos kesehatan desa (poskesdes). Pada tahun 2007, data Riskesdas menunjukkan bahwa hanya sebanyak 27,3% rumah tangga yang memanfaatkan posyandu dan 62,5% rumah tangga tidak memanfaatkannya karena merasa tidak membutuhkan pelayanan tersebut. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa 65,2% rumah tangga mengetahui keberadaan posyandu (Kementerian Kesehatan, 2018).

Tantangan lain adalah kesenjangan dalam pelayanan kesehatan yang terjadi karena permasalahan kondisi geografi yang berbeda antarwilayah di Indonesia dan perbedaan yang disebabkan oleh antarkelompok dalam masyarakat berdasarkan status ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, dan jenis kelamin (WHO, 2017 dan Kompas.com). Ketiadaan jenis sumber daya manusia (SDM) tertentu yang melakukan pelayanan kesehatan serta belum meratanya distribusi SDM juga menjadi kendala dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Yayasan Kesehatan Perempuan, 2017 dan Ditjen Pelayanan Kesehatan, 2019). Berdasarkan

data Riset Fasilitas Kesehatan 2019 (Rifaskes, 2019), terdapat 7,5% puskesmas tanpa tenaga dokter (Badan Litbangkes, 2019). Hal ini akan dapat dilihat lebih jelas pada Bab mengenai Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Budaya masyarakat Indonesia yang terdiri atas berbagai macam suku bangsa juga menjadi tantangan tersendiri di dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan nasional. Berbagai studi etnografi yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan mengemukakan masih banyak budaya yang tidak mendukung penggunaan pelayanan kesehatan karena pemahaman yang diyakini masyarakat setempat.

Ketersediaan pelayanan kesehatan harus disertai dengan mutu pelayanan yang antara lain dapat dilihat dari kesembuhan dan kepuasan pelanggan. Pelayanan kesehatan ibu dapat digunakan sebagai proksi mutu pelayanan secara umum. Data *Sampel Registration System* (SRS) Indonesia, 2016, yang melakukan pengumpulan data kematian dan penyebab kematian termasuk kematian ibu, memberikan informasi bahwa kematian ibu 77,7% terjadi di rumah sakit. Kematian ibu di rumah sakit juga berhubungan dengan keterlambatan dalam membawa ibu ke rumah sakit.

Penelitian tentang mutu pelayanan jarang sekali dilakukan di Indonesia. Suatu penelitian tentang kualitas pelayanan ibu yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan berkerja sama dengan berbagai organisasi seperti WHO, Unicef, USAID pada tahun 2012 menunjukkan hasil bahwa secara umum kondisi sarana dan personel pada fasilitas kesehatan yang menjadi sampel, khususnya untuk pelayanan kesehatan maternal, ternyata masih belum sesuai dengan harapan. Skor rata-rata pemenuhan standar sarana di rumah sakit dalam hal fisik adalah 54%, perabotan 47%, linen 33%, alat dan obat 57%, dan personel 54%. Kondisi ini lebih buruk lagi pada pelayanan di puskesmas, yaitu dalam hal fisik 34%, perabotan 24%, linen 29%, alat dan obat 30%, dan personel 26%. Hasil studi tersebut juga menunjukkan bahwa secara keseluruhan pelayanan antenatal, persalinan normal, dan pascabersalin di bangsal harus diperbaiki. Angka kepatuhan rumah sakit dalam mematuhi baku manajemen komplikasi

maternal secara rata-rata masih di bawah 80% walaupun sudah di atas 60%. Studi tersebut juga menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan cukup baik, antara lain dalam hal waktu tunggu yang tidak lama 85%, kebersihan 94%, dan kenyamanan 62%. Komponen lain yang masih perlu diperbaiki adalah informasi yang jelas hanya 28% dan interaksi interpersonal yang baik 49%.

Berbagai langkah telah diambil dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi. Salah satunya adalah permasalahan akses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam programnya mengelompokkan daerah tertinggal dalam kelompok Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Kementerian Kesehatan mengembangkan beberapa program untuk mendukung pelayanan kesehatan di DTPK yang, antara lain, meliputi (PKMK FK UGM, 2014 dan Sari ID, 2019) hal sebagai berikut:

- a. pendayagunaan tenaga kesehatan di DTPK berupa peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas sumber daya manusia (SDM);
- b. peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di DTPK, misalnya rumah sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, dan pelayanan perairan;
- c. dukungan pembiayaan kesehatan, seperti BPJS, bantuan operasional kesehatan (BOK), dana alokasi khusus (DAK), tugas perbantuan dan bantuan sosial;
- d. dukungan peningkatan akses pelayanan berupa pengadaan perbekalan, obat, dan alat kesehatan;
- e. pemberdayaan masyarakat di DTPK melalui kegiatan posyandu, desa siaga, tanaman obat keluarga, serta kegiatan PHBS;
- f. kerja sama antara Kementerian Kesehatan dan kementerian lainnya.

Langkah lainnya yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan di DTPK dan kawasan Indonesia bagian timur yang pada tahun 2018 telah dibangun 249 puskesmas di 49 kabupaten dan pada tahun 2019 sebanyak 270 puskesmas di 98 kabupaten. Pada tahun 2020 ditargetkan akan dibangun 300 puskesmas di 104 kabupaten. Selain fasilitas pelayanan, Kementerian Kesehatan juga telah melakukan penyediaan dan pemantauan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan melalui Aplikasi Sarana, Prasarana,

dan Peralatan Kesehatan atau yang disingkat ASPAK (Ditjen Pelayanan Kesehatan, 2019).

Kebijakan lainnya dalam mengatasi kesulitan akses pelayanan kesehatan adalah dengan adanya *flying doctor*. Kurangnya tenaga dokter pada daerah sulit terutama daerah terpencil dapat juga menyebabkan kurangnya kontinuitas dalam pengawasan medis yang akhirnya memberikan hasil yang buruk bagi pasien (Kirby's, 2015). Negara Australia memberikan pelayanan *flying doctor* sebagai gabungan fokus perawatan kesehatan aeromedis dan pelayanan primer. Program ini telah memfasilitasi kesinambungan perawatan termasuk evakuasi medis masyarakat. Selain itu, juga memainkan peran dalam memperkenalkan dan merujuk layanan baru yang masyarakat di daerah terpencil mungkin tidak memiliki akses (Harvey D.J., 2006).

Salah satu upaya dalam menangani permasalahan kekurangan SDM pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah melalui Program Penugasan Khusus Nusantara Sehat. Program ini merupakan salah satu terobosan baru dari Kementerian Kesehatan berupa penguatan pelayanan kesehatan primer yang fokus pada upaya promotif dan preventif dengan penempatan tenaga kesehatan berbasis tim. Tim ini terdiri atas beberapa orang dari berbagai profesi kesehatan dan diharapkan telah memiliki kompetensi untuk memberikan layanan program kesehatan masyarakat (Simanjuntak, 2018). Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh Badan Litbangkes didapatkan bahwa pada tahun 2017 terjadi peningkatan nilai rata-rata Indeks Kesehatan Masyarakat Nusantara Sehat jika dibandingkan dengan tahun 2015 (Sari, I.D., 2019).

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) juga merupakan salah satu cara untuk mendekatkan petugas kesehatan dengan masyarakat. PIS-PK merupakan kegiatan kunjungan rumah oleh petugas puskesmas dan juga merupakan perluasan upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas). Diharapkan dengan adanya kunjungan ke rumah yang rutin dan terjadwal, puskesmas dapat mengenali masalah kesehatan dan PHBS yang dihadapi secara menyeluruh terutama yang ada di wilayah kerja masing-masing (Simanjuntak, 2018).

Pembangunan kesehatan tidak hanya dinilai dari ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi diperlukan manajemen pelayanan kesehatan yang baik. Manajemen pelayanan kesehatan meliputi keseluruhan spektrum pelayanan, baik peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Selain itu, hal tersebut dikelola secara profesional sehingga pelayanan kesehatan tersedia, dapat diterima, mudah dicapai, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat yang dititikberatkan pada deteksi dini dan pengobatan penyakit. Permenkes 1430 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa Standar Pelayanan Kesehatan (SPK) merupakan pedoman yang harus diikuti oleh dokter dalam menyelenggarakan praktik kedokteran (Kementerian Kesehatan, 2010). SPK sendiri meliputi PNP (pelayanan nasional pelayanan kedokteran) dan standar pelayanan operasional (SPO) ataupun panduan praktik klinis (PPK). Penyusunan SPK bertujuan untuk memberikan jaminan kepada pasien agar memperoleh pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan medis pasien dan mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan kedokteran yang diberikan oleh dokter. Oleh karena itu, setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyusun prosedur operasional standar dalam melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan sebagai bentuk teknis dari SPK.

Langkah lainnya dalam menjaga kualitas pelayanan kesehatan adalah dengan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, baik di tingkat primer maupun rujukan. Jumlah puskesmas yang telah diakreditasi sampai bulan September 2019 adalah sebanyak 7.386 puskesmas dari 10.062 puskesmas yang tercatat. Rumah sakit yang telah terakreditasi berdasarkan data hingga bulan Oktober 2019 adalah sebanyak 2.398 rumah sakit dari 2.856 rumah sakit (Ditjen Pelayanan Kesehatan, 2019).

5.2 Sistem Rujukan Terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kesiapan Fasyankes dan Permasalahan Rujuk Balik

Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini mendukung pelayanan kesehatan primer, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, serta regionalisasi rujukan (Kementerian

Kesehatan, 2014 dan Kementerian Kesehatan, 2016). Kepesertaan program yang dimulai tahun 2014 ini bersifat wajib Artinya semua penduduk termasuk warga negara asing yang bekerja dan tinggal lebih dari 6 (enam) bulan harus ikut menjadi peserta JKN. Seluruh peserta harus membayar iuran dengan persentase atau nominal tertentu, kecuali masyarakat miskin dan tidak mampu iuran untuk kelompok masyarakat ini dibayar oleh pemerintah. Peserta yang terakhir ini disebut sebagai penerima bantuan iuran (PBI). Perubahan data PBI akan diperbaharui (*update*) setiap 6 (enam) bulan sekali. Untuk menjadi peserta JKN, masyarakat dapat mendaftarkan diri sendiri atau melalui pemberi kerja kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sedangkan bagi peserta PBI pendaftaran peserta dilakukan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan, 2014).

Penerapan JKN di Indonesia melalui mekanisme asuransi sosial berprinsip kendali biaya dan mutu sehingga diharapkan dapat diperoleh pelayanan kesehatan bermutu dengan biaya yang terkendali. Program ini juga mengedepankan pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan (*sustainability*), dan dapat dilayani di seluruh wilayah Indonesia/portabilitas (Kementerian Kesehatan, 2014). JKN mempunyai multimanfaat, baik secara medis dan maupun nonmedis. Manfaat JKN secara komprehensif adalah pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif diberikan bagi upaya kesehatan perseorangan (*personal care*). Harapannya adalah semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019 (Kementerian Kesehatan, 2014).

Kendati program ini mempunyai manfaat yang komprehensif, beberapa hal masih yang dibatasi dan ada juga yang tidak dijamin. Kacamata, alat bantu dengar (*hearing aid*), dan alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) adalah beberapa hal yang dibatasi. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur, pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, pelayanan bertujuan kosmetik, *general check up*, pengobatan alternatif, pengobatan mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi, pelayanan kesehatan pada saat bencana, pasien bunuh diri, penyakit yang timbul akibat kesengajaan

untuk menyiksa diri sendiri, bunuh diri, dan narkoba adalah beberapa hal yang tidak dijamin dalam program ini (Kementerian Kesehatan, 2014).

Dalam hal rujukan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan menjelaskan bahwa sistem rujukan merupakan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2012).

Peraturan BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa jumlah rujukan pasien di FKTP tidak boleh melebihi 15% dari total kunjungan pasien BPJS setiap bulannya. Rujukan balik dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dapat dilakukan apabila permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya (Kementerian Kesehatan, 2012).

Dengan rujukan berjenjang, pasien lebih terarah menuju fasilitas kesehatan yang perlu dituju dan idealnya fasilitas tersebut berada dekat dengan tempat tinggal. Kenyataan yang terjadi di lapangan tidak selalu demikian, bahkan tidak jarang tempat tinggal pasien malah lebih dekat dengan fasilitas kesehatan rujukan. Prosedur untuk dirujuk pun masih berbelit-belit, ketentuan tidak diperbolehkan adanya dua tindakan dalam satu minggu adalah salah satu dari sekian banyak birokrasi yang harus dirasakan oleh pasien (HaloIndonesia, 2018 dan Budi Santoso, 2016).

Fasilitas kesehatan tingkat pertama juga menemukan tantangan dalam melaksanakan rujukan ke pelayanan lebih tinggi. Pasien tidak jarang meminta dirujuk padahal sebenarnya masih dapat ditangani. Salah satu alasan yang mengemuka adalah tidak yakin dengan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (Ratnasari D., 2017).

Rujukan berjenjang yang efektif dilakukan mengakibatkan pasien yang datang makin berkurang karena sudah ditangani oleh fasilitas kesehatan dengan tingkat pelayanan yang lebih rendah (Nurfadilah P.S., 2017). Hal ini berpotensi mengurangi pendapatan dari rumah sakit yang pada akhirnya akan berimbas pada bekurangnya pendapatan dari petugas kesehatan.

Dalam dua dekade terakhir, Indonesia mengalami peningkatan dalam hal jumlah fasilitas kesehatan primer dan fasilitas kesehatan rujukan. Kapasitas rawat inap, baik di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta juga mengalami peningkatan. Peran puskesmas sangat penting, terutama dalam konteks program *Universal Health Coverage (UHC)*, yakni sebagai fasilitas yang selain menangani pertama kali kasus medis atau upaya kesehatan perseorangan (UKP), juga berperan sebagai pelaksana upaya kesehatan masyarakat (UKM). Namun, perbandingan ketersediaan fasilitas rawat inap dan puskesmas terhadap populasi belum memadai, seperti yang diperlukan dan masih tertinggal dari negara-negara lain di Asia Pasifik. Terdapat pula variasi kondisi dan kualitas fasilitas kesehatan yang menyebabkan adanya disparitas antara berbagai tempat dan wilayah di Indonesia (Mahendradhata Y., 2017).

Mobile technology telah digunakan secara luas di Indonesia. Penggunaannya merupakan yang terbesar kedelapan di dunia. Namun, adopsi dan penggunaan teknologi tersebut dalam sistem kesehatan masih terbatas dan tidak terkoordinasi secara baik, termasuk dalam penggunaan rekam medis elektronik (Mahendradhata Y., 2017).

Sumber daya manusia kesehatan juga tumbuh dalam dua dekade terakhir ditandai dengan peningkatan rasio pekerja kesehatan terhadap populasi. Kendati demikian, rasio dokter terhadap populasi masih lebih rendah daripada yang direkomendasikan WHO dan disparitas terkait dengan wilayah masih tetap terjadi. Terdapat juga kekurangan dari perawat dan bidan di rumah sakit dan puskesmas walaupun ada peningkatan lulusan perawat dan bidan. Mobilitas petugas kesehatan terlihat dalam tingkatan yang wajar, tetapi ada peningkatan mobilitas dari perawat ke luar negeri khususnya ke Timur Tengah. Institusi pendidikan kesehatan

juga meningkat dengan variasi perubahan kurikulum yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas dari para lulusannya. Namun, institusi-institusi tersebut masih membutuhkan investasi yang signifikan untuk memenuhi kebutuhan dari populasi (Mahendradhata Y., 2017).

Dengan sistem pembayaran klaim untuk pelayanan kesehatan rujukan dalam JKN, ada berbagai isu penting yang akan mengakibatkan terjadinya kegagalan penyeimbangan fasilitas dan SDM kesehatan. Dikhawatirkan tujuan JKN untuk pemberian pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia akan gagal tercapai (PKMK FK UGM, 2014).

5.3 Isu Terkait Akreditasi

Permintaan masyarakat serta kepedulian dan harapan terhadap layanan kesehatan yang akuntabel, berkualitas, responsif, dan mengedepankan keselamatan pasien makin meningkat. Secara global, biaya untuk pelayanan kesehatan makin meningkat dan membebani, baik pemerintah maupun institusi kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pada layanan kesehatan sekaligus meningkatkan keamanan dan kualitasnya adalah melalui adanya evaluasi eksternal. Salah satu bentuk evaluasi eksternal adalah melalui akreditasi. Akreditasi merupakan proses evaluasi yang dilakukan oleh institusi dan pihak eksternal untuk menilai tingkat performa dari layanan kesehatan terhadap standar yang sudah ditetapkan beserta implementasinya dalam meningkatkan sistem mutu layanan kesehatan secara berkesinambungan (Fortune T., 2015). Peningkatan sistem mutu pelayanan kesehatan merupakan sebuah sistem yang dinamis dapat mengikuti berbagai perubahan, baik dari perubahan sistem kesehatan maupun dari perubahan sistem di luar kesehatan. Salah satu perubahan besar dalam sistem kesehatan adalah perubahan dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Di luar sistem kesehatan perubahan yang sangat terasa adalah makin meningkatnya tuntutan keterbukaan yang terkait dengan keterbukaan publik (Ditjen Pelayanan Publik, 2019). Tujuan akreditasi fasilitas kesehatan yang utama adalah memberikan perlindungan, baik perlindungan terhadap keselamatan pasien, fasilitas kesehatan sebagai suatu institusi, sumber daya manusia yang ada di dalamnya, dan lingkungan sekitarnya (Herrman M., 2018).

Pada era jaminan kesehatan nasional, akreditasi merupakan prasyarat wajib untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. FKTP wajib menyesuaikan dengan aturan ini pada tahun 2021, sedangkan rumah sakit wajib menyesuaikan dengan ketentuan ini pada tahun 2019 (Kementerian Kesehatan, 2014). Akreditasi puskesmas dan rumah sakit juga telah ditetapkan sebagai salah satu indikator kinerja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang juga sekaligus indikator Kinerja Kementerian Kesehatan tahun 2015–2019. Hal tersebut diamanatkan dalam Renstra Kemenkes tahun 2015–2019 dan RPJMN tahun 2015–2019, yaitu jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 puskesmas tersertifikasi akreditasi, dan jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD tersertifikasi akreditasi nasional (Ditjen Pelayanan Kesehatan, 2019). Penetapan indikator tersebut merupakan salah satu faktor pendorong tercapainya peningkatan mutu layanan kesehatan yang berkesinambungan melalui akreditasi.

5.3.1. Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer

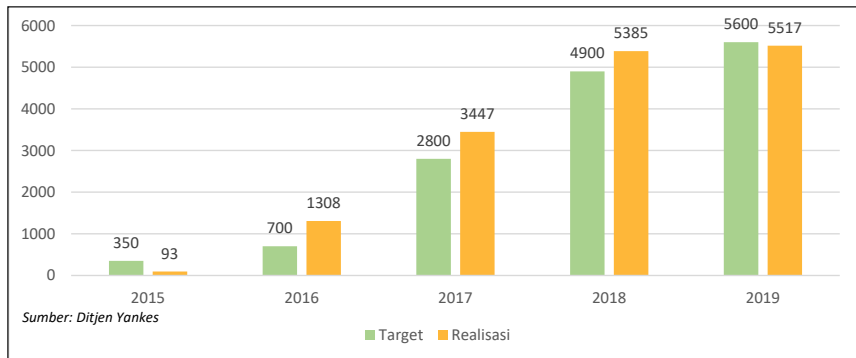
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyatakan bahwa puskesmas harus didirikan di setiap kecamatan. Indikator jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu puskesmas yang tersertifikasi akreditasi secara operasional didefinisikan sebagai jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu puskesmas yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh penyelenggara akreditasi atau Komisi Akreditasi FKTP sesuai dengan peraturan yang berlaku (Kementerian Kesehatan, 2019).

Pada akhir tahun 2019 target kumulatif yang ingin dicapai adalah 6.512 kecamatan memiliki minimal satu puskesmas terakreditasi. Hal tersebut diprioritaskan pada kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang diutamakan untuk melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga tahap ketiga dengan tetap mempertimbangkan unsur pemerataan puskesmas yang terakreditasi (Kementerian Kesehatan, 2016).

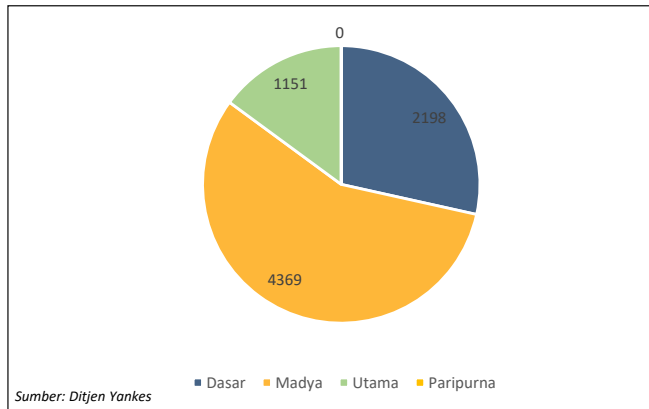
Sampai dengan September tahun 2019, tercatat 7.836 puskesmas telah terakreditasi dari 10.062 keseluruhan yang terdaftar. Di akhir tahun 2018, capaian Ditjen Pelayanan Kesehatan sudah sesuai dengan target kumulatif yang diharapkan, namun jika dilihat dari target capaian tahunan di tahun 2018 tidak tercapai, dari sejumlah 2.100 puskesmas yang ditargetkan tercapai hanya 1.938 puskesmas (92,3%). Secara kumulatif capaian akreditasi puskesmas periode tahun 2015 – 2018 dapat dilihat pada gambar 5.1 (Kementerian Kesehatan, 2018).

Walaupun telah tercapai, bukan berarti hal tersebut luput dari permasalahan. Dalam Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, tersedianya berbagai sumber alokasi anggaran dalam pelaksanaan program akreditasi puskesmas menjadi kekuatan terhadap pencapaian. Namun, sumber dana yang digunakan untuk akreditasi puskesmas sebagian besar baru dapat dicairkan pada pertengahan tahun dan menyebabkan pelaksanaan akreditasi dilakukan mendekati akhir tahun. Pengusulan yang terakumulasi pada akhir tahun menyebabkan ketidakseimbangan antara ketersediaan penyurvei dan permintaan. Ditambah lagi permasalahan pendamping akreditasi di kabupaten/kota yang sudah terlatih telah dimutasi atau dialih tugaskan. Pada dokumen Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, adanya tenaga penyurvei dan pendamping akreditasi juga termasuk kekuatan internal. Permasalahan pendamping akreditasi ini nantinya akan berkaitan dengan persiapan akreditasi yang kegiatan persiapan dan waktu survei adalah pada tahun yang sama sehingga memengaruhi kesiapan puskesmas yang berakibat akreditasi diusulkan pada akhir tahun. Suksesnya capaian kumulatif pada tahun 2017 tidak lepas dari adanya kabupaten/kota yang menggunakan APBD murni/ bukan berasal dari DAK nonfisik (Kementerian Kesehatan, 2016 dan Kementerian Kesehatan, 2019). Permasalahan yang dihadapi di tingkat pusat dan daerah cenderung berulang dari tahun ke tahun. Hal ini tercermin dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2017 dan 2018 (Kementerian Kesehatan, 2017; Kementerian Kesehatan, 2019).

Di tingkat puskesmas, masalah keuangan juga dihadapi pada persiapan akreditasi, tidak tersedia alokasi anggaran untuk biaya ATK, biaya cetak dokumen, poster, dan biaya-biaya untuk pembenahan fasilitas di puskesmas, seperti pengecatan, pembuatan dapur, dan penyediaan bak sampah. Akreditasi puskesmas sering dianggap sebagai beban oleh sebagian SDM puskesmas yang menimbulkan sikap apatis terhadap perubahan kearah yang baik, minim motivasi dan dukungan terhadap kegiatan akreditasi puskesmas. Bahkan, tidak jarang terdapat kesulitan dalam mencari tokoh kunci yang ditunjuk sebagai ketua tim mutu dan ketua tiap-tiap kelompok kerja (pokja). Ketidaksiplinan staf puskesmas terhadap waktu kerja dan pelaksanaan tupoksinya juga menjadi penghambat dari persiapan akreditasi (Icap, 2019). Permasalahan lain bersumber dari banyaknya dokumen yang disiapkan untuk akreditasi. Tidak jarang staf puskesmas sibuk mengerjakan dokumen dan mengabaikan hal lain, seperti penomoran dokumen, baik internal maupun eksternal. Satu lagi yang sering terabaikan adalah proses sosialisasi dokumen dan implementasinya. Seringkali dokumen hanya dibuat, tetapi tidak diimplementasikan (Hasirun, 2018).



Gambar 5.1
Capaian dan Target Akreditasi Puskesmas
Periode Tahun 2015–2017



Gambar 5.2
Status Akreditasi Puskesmas

5.3.2. Akreditasi Pelayanan Kesehatan Rujukan

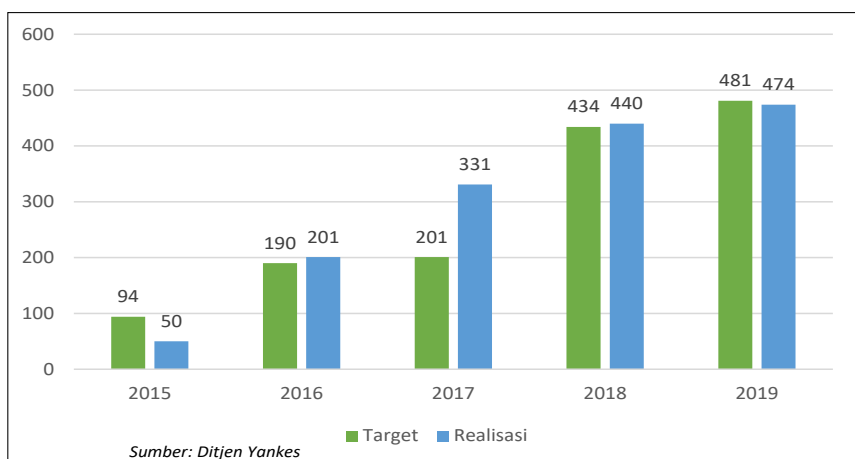
Indikator yang digunakan untuk menilai mutu akreditasi pelayanan kesehatan rujukan adalah jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 rumah sakit umum daerah (RSUD) yang tersertifikasi akreditasi nasional. Yang dimaksud sebagai RSUD adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang penyelenggaraannya dilaksanakan oleh pemerintah daerah (kabupaten, kota, atau provinsi). Kabupaten/kota yang dikatakan memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional adalah kabupaten/kota yang memiliki minimal satu RSUD yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh lembaga independen yang terakreditasi, yaitu *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*. Lembaga independen penyelenggara akreditasi di Indonesia adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012 atau Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1, dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017. Akreditasi dilakukan setiap 3 tahun sekali, paling lama setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali (Herrman M., 2018 dan Kementerian Kesehatan, 2019).

Pada September 2019 terdapat 474 RS yang sudah terakreditasi atau 98,5% dari target kumulatif tahun 2019. Pada tahun 2018, pencapaian indikator sebanyak 440 kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional melebihi target. Pencapaian dalam periode tahun 2015–September 2019 dapat dilihat pada gambar 5.3. Proporsi status akreditasi Nasional dapat dilihat pada gambar 5.4. Dari gambar tersebut lebih dari sepertiga rumah sakit mendapatkan hasil akreditasi paripurna (Kementerian Kesehatan, 2019).

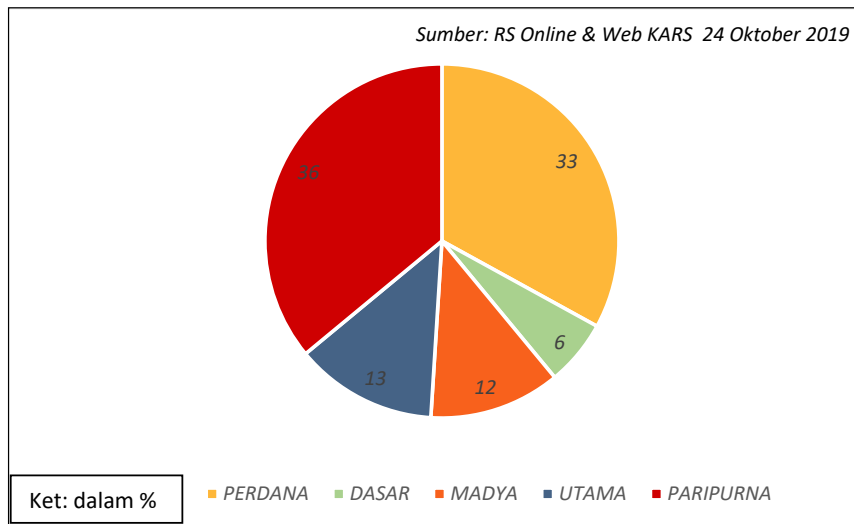
Pencapaian ini, antara lain, disebabkan oleh adanya peluang implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, yaitu RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi syarat, antara lain, terakreditasi paling lambat akhir tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2014).

Seperti halnya pencairan dana yang terlambat untuk akreditasi puskesmas, pada akreditasi rumah sakit pun terjadi kendala serupa. Keterlambatan pencairan anggaran DAK nonfisik ini terjadi di pemerintah daerah. Di samping itu, adanya pemotongan APBD untuk pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan juga menjadi masalah termasuk belum semua pemerintah daerah mengalokasikan anggaran yang mendukung pelaksanaan akreditasi RSUD di wilayah kerjanya. Kendati demikian, masalah yang timbul terkait dengan anggaran pada tahun 2018 lebih sedikit bila dibandingkan pada tahun 2017 meskipun masalah yang sama masih dijumpai pada 2 periode tersebut. Akibat pencairan dana yang terlambat, bimbingan akreditasi menjadi terlambat yang pada akhirnya terjadi penumpukan kegiatan survei dan akreditasi pada akhir tahun, sedangkan jumlah pembimbing dan penyurvei akreditasi terbatas. Seyogyanya standar akreditasi nantinya dapat diimplementasikan dengan baik. Namun, waktu persiapan yang kurang dari satu tahun membuat hal ini menjadi kurang optimal (Kementerian Kesehatan, 2019).

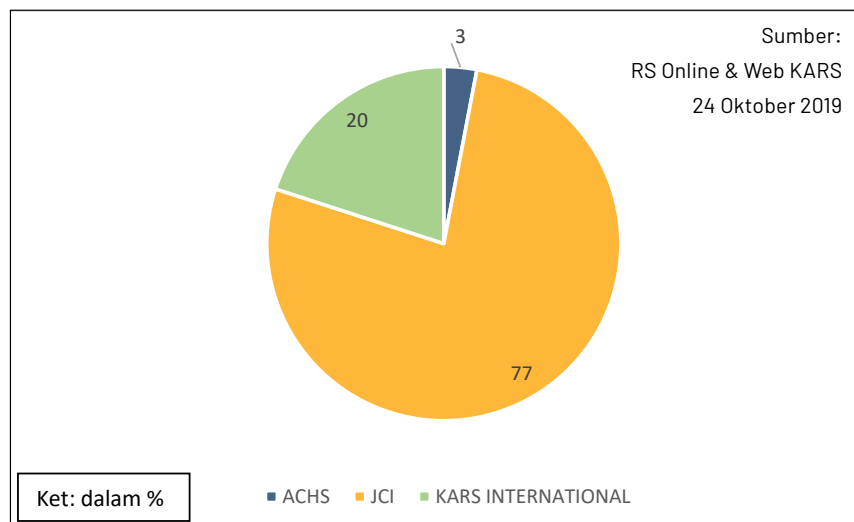
Faktor lain yang teridentifikasi adalah kurangnya komitmen dari pemerintah daerah. Struktur organisasi rumah sakit di beberapa daerah tidak sesuai dengan UU Nomor 44 Tahun 2009 dan Perpres Nomor 77 Tahun 2015 yang salah satunya adalah penunjukan direktur rumah sakit yang bukan tenaga medis (dokter atau dokter gigi). Kemampuan tenaga dinas kesehatan provinsi dalam persiapan akreditasi belum cukup untuk mendorong dinas kesehatan dalam menjalankan fungsi pembinaan dan pengawasan sesuai dengan Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi RS. Komitmen pimpinan RS dan pegawai dalam kegiatan akreditasi ini terkadang dirasakan kurang, diperburuk dengan kurangnya kesadaran pimpinan dan staf RS tentang budaya kerja dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan standar akreditasi. Kurangnya SDM dan pelatihan yang berhubungan dengan akreditasi menambah pelik masalah ditambah lagi adanya mutasi pegawai yang sudah terlatih akreditasi. Beberapa rumah sakit yang akan diakreditasi belum memiliki sarana, prasarana, dan alat kesehatan sesuai dengan standar, misalnya RS belum memiliki IPAL/IPLC yang menjadi persyaratan mutlak bagi akreditasi RS. Kesulitan untuk melengkapi standar sarana dan prasarana juga dihadapi oleh daerah yang terdampak bencana, baik bencana alam maupun gangguan situasi keamanan.



Gambar 5.3
Jumlah Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal Satu RSUD yang Tersertifikasi Akreditasi Nasional



Gambar 5.4
Status Akreditasi RS



Gambar 5.5
Status Akreditasi RS International

5.4 Implikasi Kebijakan dari Isu Terkait dengan Akreditasi

Era disrupsi yang berkaitan dengan industri 4.0 dewasa ini tidak lepas kaitannya dengan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Penggunaan teknologi informasi yang makin canggih tidak dapat dihindari. Berbagai

inovasi *telemedicine* sudah banyak bermunculan. Aplikasi kesehatan yang dapat digunakan melalui telepon seluler pun banyak dikembangkan (Herrman M, 2018).

Teknologi informasi yang tersedia dewasa ini sangat berpotensi untuk mengatasi kendala terkait dengan rujukan serta maldistribusi tenaga dokter dan dokter spesialis di daerah yang kurang maju. Penggunaan teknologi informasi harusnya juga bisa memintas administrasi pelayanan BPJS yang dinilai masih berbelit-belit. Salah satu cara yang dapat ditempuh adalah melakukan penyatuan data (*one data*) terkait dengan data medis, ketersediaan tenaga, serta sarana dan prasarana yang ada di suatu negara.

Negara-negara maju sudah segera beradaptasi dalam mengintegrasikan teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien. Bahkan, negara-negara maju tersebut sudah mengembangkan *artificial intelligence* untuk mendukung sistem kesehatannya (Maierbrugger A., 2019). Sebagai negara yang mempunyai potensi besar dari sumber daya manusianya, Indonesia sangat mungkin mendapatkan kesuksesan dalam melakukan berbagai hal, bahkan lebih baik lagi. Tentunya, dalam melakukan integrasi teknologi perlu persiapan matang yang dapat dilakukan dengan melakukan *health service research* terlebih dahulu.

Pendekatan lain yang bisa menjadi opsi, antara lain, adalah memperbanyak fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dengan melibatkan swasta dan masyarakat sehingga dapat dilakukan redistribusi FKTP yang menyesuaikan dengan *catchment area*; meningkatkan remunerasi untuk tenaga kerja yang bersedia bekerja di tempat yang sangat terpencil; serta melakukan desentralisasi lembaga penjaminan mutu dan akreditasi.

Daftar Pustaka

- Badan Litbangkes. 2007 Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Balitbangkes.
- Badan Litbangkes. 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: LPB.
- Badan Litbangkes. Paparan Hasil Rifaskes Puskesmas. 30 Januari 2019
- Budisantoso, Roy. Warga keluhkan prosedur berbelit pelayanan BPJS kesehatan. 2016 [Available from: <https://sumsel.antaraneews.com/berita/305968/warga-keluhkan-prosedur-berbelit-pelayanan-bpjs-kesehatan>].
- Ditjen Pelayanan Kesehatan. 2019. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2018*. Jakarta.
- Ditjen Pelayanan Kesehatan. 2019. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2018*. Jakarta.
- Ditjen Pelayanan Kesehatan. 2019. Paparan: Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan.
- Fortune T, O'Connor E, Donaldson B. 2015. *Guidance on designing healthcare external evaluation programmes including accreditation*. Dublin, Ireland: International Society for Quality in Healthcare (ISQua).
- Halloindonesia. BPJS Kesehatan Terbitkan Peraturan Baru, Rujukan Pasien Harus ke RS Tipe D. 2018. [Available from: <https://halloindonesia.net/2018/09/22/bpjs-kesehatan-terbitkan-peraturan-baru-rujukan-pasien-harus-ke-rs-tipe-d/>].
- Harvey D.J., Williams R., Hill K. 2006. *Project report: A flying start to health promotion in remote north Queensland, Australia: the development of Royal Flying Doctor Service field days*. Rural and Remote Health 6: 485.
- Hasirun. 2018. Available from: <http://kesmas-id.com/7-masalah-ini-muncul-saat-persiapan-akreditasi-puskesmas-no-2-paling-parah/>.
- Herrmann M. Boehme P. Mondritzki T. Kavadias S. Truebel H. 2018. *Digital transformation and disruption of the health care sector: internet-based observational study*. Journal of medical internet research. 20(3):8.
- Icap. 2019. Available from: <https://akreditasipuskesmasmeranti.blogspot.com/2017/01/7-kendala-akreditasi-puskesmas-dan.html>.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Rencana Aksi Nasional Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2016–2019*, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2017*, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2018*. Bandung.
- Kementerian Kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Jakarta 2014 [Available from: <https://www.kemkes.go.id/article/view/17060800001/jaminan-kesehatan-nasional-jkn-.html>].
- Kementerian Kesehatan. Kuatkan Layanan Kesehatan, Pemerintah Lakukan Lima Upaya Secara Simultan 2016 [Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/16110400004/kuatkan-layanan-kesehatan-pemerintah-lakukan-lima-upaya-secara-simultan.html>].
- Kirby S. M. Moore, T. McGarron, P. Johnstone, D. Perkins, D. Lyle. 2015. *Short Communication: People living in remote communities can have best practice diabetes care*. *Rural and Remote Health* 15: 3203.
- Kompas.com. "Nawa Cita", 9 Agenda Prioritas Jokowi-JK 2014 [Available from: <https://nasional.kompas.com/read/2014/05/21/0754454/.Nawa.Cita.9.Agenda.Prioritas.Jokowi-JK>].
- Mahendradhata Y., Trisnantoro L., Listyadewi S., Soewondo P., Marthias T., Harimurti P., et al., 2017, *The Republic of Indonesia Health System Review*. Hort K., Patcharanarumol W, editors. India: Asia Pasific Observatory on Health Systems and Policies; 292 p.
- Maierbrugger A. Singapore to deploy artificial intelligence in public services: Southeast Asia's Business News Site; 2019. [Available from: <http://investvine.com/singapore-to-deploy-artificial-intelligence-in-public-services/>].

- Nurfadilah P.S. BPJS Kesehatan: Rujukan Pasien ke RS Kelas A dan B Berkurang 3-4 Persen Jakarta: Kompas.com; 2018 [Available from: <https://ekonomi.kompas.com/read/2018/10/02/143132826/bpjs-kesehatan-rujukan-pasien-ke-rs-kelas-a-dan-b-berkurang-3-4-persen?page=all>].
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. 2012.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1430 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kesehatan.
- PKMK FK UGM. Seminar Nasional Pembangunan Kesehatan di Daerah Tertinggal dalam era Jaminan Kesehatan Nasional: Bagaimana Mengurangi Kesenjangan Geografis yang Semakin Besar 2014 [Available from: <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/2049-seminar-nasional-pembangunan-kesehatan-di-daerah-tertinggal>].
- PKMK FK UGM. Seminar Nasional Pembangunan Kesehatan di Daerah Tertinggal dalam era Jaminan Kesehatan Nasional: Bagaimana Mengurangi Kesenjangan Geografis yang Semakin Besar 2014 [Available from: <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/2049-seminar-nasional-pembangunan-kesehatan-di-daerah-tertinggal>].
- Ratnasari D., 2017, Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *JAKI*;5(2):145–54.
- Sari I.D., Hendarwan H., Halim R., 2019. *The evaluation of Nusantara Sehat program using Nusantara Sehat Public Health Index*. *Health Science Journal of Indonesia*. 1(10): 41–50. 2019.
- Simanjuntak A.T., Ksmanto H., Suriadi A., 2018, *Efektivitas Program Nusantara Sehat Pada Puskesmas Tanjung Beringin, Kecamatan Tanjung Beringin Kabupaten Serdang Bedagai*. *Anthropos: Jurnal Antropologi Sosial dan Budaya*. 4(1):92–107.
- WHO. 2017. *State of Health Inequality: Indonesia*. Geneva: WHO.
- Yayasan Kesehatan Perempuan. 2017. *Akses Universal Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Profil Indonesia*. 2017.

BAB 6
**POTRET SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN
DI INDONESIA**



BAB 6

Potret Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia

Heny Lestari, Dwi Hapsari Tjandrarini, dan Telly Purnamasari

6.1 Kondisi Ketenagaan Kesehatan

Kemajuan besar yang terjadi di dalam dunia kesehatan serta kekhawatiran akibat HIV/AIDS, ancaman infeksi baru, seperti *new* dan *re-emerging disease*, masalah perilaku berisiko kesehatan, gangguan mental, kekerasan dalam rumah tangga, serta cedera dan kecelakaan menjadi tantangan bagi penyedia layanan kesehatan. Dalam konteks Indonesia, kesehatan juga dihadapkan pada tantangan pencapaian jaminan kesehatan semesta; penjaminan efektivitas pelaksanaan paket manfaat, peningkatan cakupan pelayanan, kualitas pelayanan, serta bagaimana negara menghasilkan, mendistribusikan, dan mempertahankan tenaga kesehatan yang mendukung *Universal Health Coverage*.

Pada tahun 2017, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melakukan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) untuk mendapatkan gambaran nyata mengenai kondisi ketenagaan kesehatan di Indonesia. Berdasarkan hasil Risnakes 2017, diperoleh informasi bahwa rata-rata terdapat 41 orang tenaga di bidang kesehatan di setiap puskesmas. Bidan merupakan jenis tenaga yang terbanyak berada di puskesmas. Rasio bidan per puskesmas adalah 18,1 disusul kemudian oleh perawat 13,6. Rasio dokter berbanding puskesmas di Indonesia adalah 2,08, artinya rata-rata terdapat 2 dokter di setiap puskesmas. Provinsi dengan rasio dokter berbanding puskesmas yang terbesar adalah DKI Jakarta dan yang paling rendah Provinsi Maluku. Analisis juga menunjukkan 7,7% puskesmas tidak memiliki tenaga dokter. Rasio dokter gigi berbanding dengan puskesmas 0,8; tenaga kesehatan masyarakat 2,1; tenaga kesehatan lingkungan 1,1; tenaga laboratorium medik 0,6; tenaga gizi 1,2; dan tenaga farmasi 1,2. Pengategorian tenaga kesehatan di dalam Risnakes mengacu pada UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Secara nasional, dari data Risnakes 2017, terdapat setidaknya 20,136 tenaga dokter yang berdinasi di puskesmas, 7,722 dokter gigi, 132.316 tenaga perawat, 175,404 orang bidan, 20,392 tenaga kesehatan masyarakat, 10,532 kesehatan lingkungan, 11,460 tenaga gizi, dan 11,319 tenaga farmasi. Tenaga bidan menempati proporsi terbesar tenaga kesehatan di puskesmas (44,2%). Selain itu, terdapat 87 orang dokter spesialis dan 133 dokter gigi spesialis yang bertugas di puskesmas di seluruh Indonesia.

6.2 Permasalahan Ketenagaan Kesehatan

Pada dasarnya, permasalahan terkait dengan ketenagaan kesehatan meliputi aspek ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*accessibility*), penerimaan (*acceptability*), dan mutu (*quality*). Ketersediaan tenaga berarti bahwa terdapat kecukupan tenaga dengan kompetensi relevan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat. Keterjangkauan dapat diartikan bahwa masyarakat dapat menjangkau tenaga tersebut, baik terhadap pelayanan kesehatan primer maupun sekunder. Aspek penerimaan (*acceptability*) meliputi karakteristik dan kemampuan tenaga untuk memperlakukan setiap orang dengan penuh rasa hormat serta mampu dipercaya. Dalam aspek mutu terkandung komponen kompetensi, kemampuan, pengetahuan, dan perilaku tenaga sesuai dengan norma profesional dan sesuai dengan yang diharapkan dari masyarakat.

6.2.1. Keberadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a. Keberadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas

Data Risnakes 2017 menunjukkan masih terdapat 748 (7,7%) puskesmas tanpa tenaga dokter. Terdapat sebanyak 168 puskesmas dari 372 puskesmas di Provinsi Papua (45,2%) tanpa tenaga dokter disusul kemudian oleh Provinsi Maluku (44,9%), Papua Barat (40%), Sulawesi Tenggara (29,5%), dan Nusa Tenggara Timur (20,5%). Bila dibandingkan dengan hasil Riset Fasilitas Kesehatan 2011 (Rifaskes, 2011), terjadi peningkatan ketidakadaan dokter di puskesmas dari hanya 4,2% per puskesmas (Rifaskes, 2011) menjadi 7,7% (Risnakes 2017). Tidak adanya terminologi dokter sebagai pegawai tidak

tetap (PTT) sesuai dengan UU Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) berkontribusi terhadap terjadinya peningkatan jumlah puskesmas tanpa dokter. Sementara itu, rekrutmen dokter melalui mekanisme Nusantara Sehat Berbasis Tim tidak dapat menutupi ketidakadaan dokter di puskesmas karena minat dokter untuk menjadi tenaga Nusantara Sehat Berbasis Tim relatif kecil.

Seperti halnya keberadaan dokter di puskesmas, tenaga dokter gigi tidak terdapat di 3.637 puskesmas (37,5%), tenaga perawat tidak terdapat di 56 puskesmas (0,8%). Sekitar 5,1% puskesmas (19 puskesmas) di Provinsi Papua tidak memiliki perawat. Terdapat 106 puskesmas di Indonesia (1,1%) tanpa bidan, sebanyak 62 diantaranya ada di Provinsi Papua.

Sebanyak 2.325 (24%) puskesmas tidak mempunyai tenaga kesehatan masyarakat. Dalam hal ketidakadaan tenaga kesehatan masyarakat, Provinsi DKI Jakarta menempati urutan pertama. Sebanyak 183 puskesmas yang berada di DKI Jakarta (80,6%) tidak memiliki tenaga kesehatan masyarakat diikuti oleh Papua (49,2%), Provinsi Jawa Timur (45%), Papua Barat (38,7%), Maluku (37,4%), dan Sulawesi Utara (36,0%). Tingginya ketidakadaan tenaga kesehatan masyarakat di puskesmas di DKI Jakarta disebabkan oleh puskesmas kelurahan di wilayah DKI masuk ke dalam perhitungan ini.

Provinsi Bengkulu menempati urutan pertama proporsi puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan lingkungan (57%) diikuti oleh Provinsi Sumatra Utara (55,3%), Papua (55,1%), Papua Barat (48%), dan DKI Jakarta (47%). Secara keseluruhan, terdapat 2933 puskesmas (30,2%) tanpa tenaga kesehatan lingkungan.

Data Risnakes 2017 juga menunjukkan sebanyak 5.851 (60,3%) puskesmas tidak memiliki tenaga laboratorium medik. Provinsi Gorontalo merupakan provinsi dengan proporsi terbesar ketidakadaan tenaga laboratorium medik

di puskesmas (93,5%), disusul kemudian Provinsi Sulawesi Utara (90,9%), DKI Jakarta (89,2), Maluku (88,9%), dan Sulawesi Tengah (88,4%).

Provinsi Papua dan DKI Jakarta merupakan provinsi dengan proporsi terbesar ketidakadaan tenaga gizi di puskesmas (50%), disusul Provinsi Lampung (48,8%), Sumatra Utara (44,5%), dan Bengkulu (43,6%). Sekitar 2.528 puskesmas (26,1%) di Indonesia tidak memiliki tenaga gizi. Termasuk tenaga gizi di sini adalah nutrisionis dan dietisien.

Sebanyak 32,8% puskesmas di Indonesia tidak memiliki tenaga farmasi. Provinsi Bengkulu merupakan provinsi dengan proporsi ketidakadaan tenaga farmasi yang terbesar (63,7%) disusul kemudian oleh Provinsi Papua (61,8%), Provinsi Bali (60%), Maluku (59,1%), dan Sulawesi Utara (48,9%). Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian dikelompokkan ke dalam tenaga farmasi.

b. Keberadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit

Berdasarkan data Risnakes 2017, seluruh RSU pemerintah kelas A dan B telah memiliki dokter spesialis medik dasar (Spesialis Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Kebidanan dan Kandungan, serta Bedah). Perbedaan pada jumlah tenaga spesialis tersebut berbeda di tiap-tiap RS. Pada RSU pemerintah kelas C persentase ketersediaan dokter spesialis medik dasar sekitar 90,4% (Spesialis Kesehatan Anak)–95,3% (Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Bedah, serta Penyakit Dalam), sedangkan pada RSU pemerintah kelas D sekitar 54,2%–69,3%. Dokter Spesialis Anestesi hanya ada di sekitar 73,8% RSU pemerintah, dan hanya di 36,6% RSU pemerintah kelas D. Secara nasional, hanya ada 28,9% RSU pemerintah yang memiliki spesialis rehabilitasi medik dan 28% memiliki Spesialis Patologi Anatomi.

Dalam hal keberadaan tenaga di luar tenaga spesialis, ketersediaan beberapa jenis tenaga juga menjadi masalah di

RSU pemerintah, seperti tenaga apoteker pada RS pemerintah Kelas D, tenaga farmasi, ahli gizi, *radiographer*, dan Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM).

Dibandingkan dengan RSU Pemerintah, keberadaan tenaga dokter spesialis Pelayanan medik dasar di RSU Swasta cenderung lebih baik, demikian pula untuk beberapa jenis dokter spesialis lainnya.

6.2.2. Disparitas Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

a. Disparitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas

Kendati secara umum terjadi peningkatan rasio dokter berbanding puskesmas, dari 1,99 pada tahun 2011 (Rifaskes 2011) menjadi 2,08 (Risnakes 2017), peningkatan rasio sebagian besar justru terjadi di provinsi-provinsi di wilayah Indonesia bagian barat. Provinsi dengan rasio dokter berbanding puskesmas yang terbesar adalah DKI Jakarta dan yang paling rendah Provinsi Maluku. Rasio dokter per puskesmas di provinsi-provinsi dengan rasio terbaik di wilayah Indonesia bagian barat menunjukkan peningkatan. Sementara itu, wilayah timur justru menunjukkan hal yang sebaliknya. Selain itu, peningkatan puskesmas tanpa dokter juga terjadi di sejumlah provinsi di wilayah Indonesia bagian timur. Terdapat sebanyak 168 puskesmas dari 372 puskesmas di Provinsi Papua (45,2%) tidak ada tenaga dokter disusul kemudian oleh Provinsi Maluku (44,9%), Papua Barat (40%), Sulawesi Tenggara (29,5%), dan Nusa Tenggara Timur (20,5%). Pada kedua kondisi ini, penurunan rasio dokter di puskesmas dan peningkatan ketidakadaan dokter di puskesmas di wilayah Indonesia bagian timur, serta peningkatan rasio dokter di puskesmas di wilayah Indonesia bagian barat harus diwaspadai sebagai satu peringatan kemungkinan terjadinya disparitas tenaga dokter di puskesmas yang kian melebar antara wilayah barat dan wilayah Indonesia bagian timur. Kesenjangan juga terjadi pada hampir seluruh jenis tenaga kesehatan lainnya, baik tenaga bidan, perawat, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, maupun tenaga farmasi. Perhatian khusus hendaknya diberikan kepada Provinsi Papua.

b. Disparitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit

Dalam hal rumah sakit, sebaran RSUD pemerintah Kelas A dan RS rujukan nasional yang umumnya terdapat di wilayah Indonesia bagian barat menjadi gambaran ketimpangan pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia. Kemampuan ini juga tercermin dari keberadaan dokter spesialis di rumah sakit di kedua wilayah tersebut. Banyak spesialis tertentu bahkan tidak ada di seluruh wilayah provinsi-provinsi tertentu, misalnya spesialis Patologi Anatomi tidak ada di seluruh RSUD pemerintah di Provinsi Papua Barat, Maluku Utara, dan Sulawesi Barat.

6.2.3. Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas

Masih terdapat tenaga puskesmas yang berlatar belakang pendidikan di bawah D-3, yaitu 10% perawat, 4,6% bidan, 0,7% tenaga kesehatan masyarakat, 14,4% kesehatan lingkungan, 8% tenaga gizi, dan 21% tenaga farmasi. Berdasarkan UU 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, mereka yang berlatar belakang Pendidikan < D-3 ini tidak dapat dikategorikan sebagai tenaga kesehatan, dan dikelompokkan ke dalam kategori asisten tenaga kesehatan yang dalam pelaksanaan kegiatan penugasannya mensyaratkan untuk mendapatkan supervisi dari tenaga kesehatan.

6.3. Status Kepegawaian Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas

Tenaga kesehatan yang berstatus sebagai pegawai negeri sipil (calon pegawai negeri sipil) masih menempati proporsi yang terbesar di puskesmas untuk seluruh jenis tenaga kesehatan. Yang menarik untuk diperhatikan adalah keberadaan tenaga sukarela di puskesmas, yakni tenaga yang bekerja di puskesmas dengan status nonpermanen, honor yang minim (bahkan ada yang dibayar ala kadarnya), serta tanpa perlindungan hukum yang jelas atas keberadaannya. Jika melihat proporsinya, tenaga dengan status kepegawaian ini menempati urutan ke-2 terbanyak setelah PNS dan CPNS untuk tenaga perawat (28,4%), bidan (28,6%), kesehatan masyarakat (17,9%), kesehatan lingkungan (14,2%), laboratorium (19,7%), gizi (14,3%), dan farmasi (18,4%). Keberadaan tenaga sukarela ini dapat menjadi peringatan bagi

pengambil kebijakan atas lemahnya daya serap tenaga, khususnya tenaga kesehatan pada lapangan kerja.

6.4. Pendelegasian Wewenang (*Task Shifting*) dan Penugasan Ganda (*Multitasking*) di Puskesmas

Pendelegasian wewenang (*task shifting*) merupakan suatu istilah yang diberikan terhadap suatu proses suatu penugasan dialihkan kepada petugas kesehatan yang kurang terlatih dan kualifikasi yang lebih rendah. Melalui pengorganisasian tenaga melalui cara ini, *task shifting* dapat lebih efisien dalam mendayagunakan sumber daya manusia dan memecahkan berbagai permasalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Pendelegasian wewenang (*task shifting*) juga dapat melibatkan pendelegasian beberapa penugasan yang jelas kepada kader kesehatan baru yang menerima pelatihan spesifik dan berbasis kompetensi.

Pelimpahan tindakan dilakukan dengan ketentuan tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerimanya. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan. Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan tugas yang diberikan. Selain itu, tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan dan tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus-menerus.

Pelimpahan wewenang dapat dilakukan secara delegatif atau mandat (Pasal 29 UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan). Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab. Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan. Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan suatu tindakan medis di bawah pengawasan. Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang. Dalam melaksanakan tugas

berdasarkan pelimpahan wewenang, perawat berwenang melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis; melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah. Perawat juga melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat (Pasal 37).

Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Pasal 63), dalam keadaan tertentu tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya. Ketentuan lebih lanjut menjalankan keprofesian di luar kewenangan diatur dengan peraturan menteri.

Pelimpahan tindakan dilakukan dengan ketentuan bahwa tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan dan pemberinya tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan tugas yang diberikan. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan.

Hasil Risnakes 2017 menunjukkan bahwa di sekitar 90,2% puskesmas terdapat tenaga yang mengerjakan tugas di luar latar belakang pendidikan dan atau kompetensi yang dimiliki. Sebanyak 95,9% di antaranya mengakui adanya tenaga yang mengerjakan tugas di luar latar belakang pendidikan dan/atau kompetensi yang dimiliki dalam bidang manajemen dan 66,1% mengakui ada tenaga yang mengerjakan tugas di luar latar belakang pendidikan dan/atau kompetensi yang dimiliki dalam bidang tata laksana pasien.

Tindakan medis umum di puskesmas yang merupakan kompetensi dokter masih terdapat dilakukan oleh tenaga farmasi, analis, gizi, kesehatan lingkungan, dan kesehatan masyarakat ($\leq 5\%$)(Risnakes 2017).

Penugasan di luar latar belakang pendidikan dan kompetensi juga terjadi di bidang manajemen. Penugasan ini umum terjadi di puskesmas

(rawat inap dan rawat jalan), baik di perkotaan, di perdesaan maupun di daerah terpencil/sangat terpencil. Persentase tugas sebagai bendahara puskesmas lebih sering terjadi pada puskesmas di daerah terpencil/sangat terpencil (93,7%), berstatus pola pengelolaan keuangan non-BLUD (92,2%), dan puskesmas dengan tidak ada pengakuan terhadap mutu (92,1%). Proporsi penugasan di luar latar belakang pendidikan dan kompetensi sebagai bendahara puskesmas relatif sama antara puskesmas rawat inap (90,1%) dan rawat jalan (90%).

Jumlah tenaga yang kurang disebut sebagai salah satu penyebab penugasan di luar latar belakang pendidikan dan kompetensi. Kondisi ini tidak dapat dielakkan seiring dengan beratnya beban kerja untuk menjalankan kegiatan puskesmas.

Sayangnya, pendelegasian wewenang (*task shifting*) seringkali tidak didukung dengan pemberian pelatihan khusus bagi penerima penugasan, dilengkapi dengan surat tugas (Surat keputusan), serta supervisi dari pelaksanaan tugas tersebut.

Sebagaimana halnya di puskesmas, di RSUD pemerintah juga masih dijumpai pendelegasian wewenang (*task shifting*) dalam bidang tata laksana pasien, termasuk tindakan medis umum. Analisis terhadap kelas rumah sakit menunjukkan persentase rumah sakit berdasarkan bentuk penugasan di bidang tata laksana pasien pada tindakan medis umum sekitar 52–61% tertinggi pada rumah sakit kelas C dan terendah pada rumah sakit kelas A.

6.5. Kesejahteraan Pegawai

Menurut WHO, insentif dapat didefinisikan sebagai semua bentuk imbalan dan hukuman (*punishments*) yang diterima oleh para pemberi layanan (*providers*) sebagai konsekuensi dari organisasi tempat mereka bekerja, institusi yang mereka operasionalkan dan intervensi yang mereka lakukan. Definisi WHO ini menegaskan bahwa organisasi, pekerjaan yang dilakukan, dan situasi kondisi tempat kerja akan menentukan insentif yang digunakan dan dampak yang ditimbulkannya.

Insentif dapat pula diartikan sebagai pemberian imbalan di luar gaji, baik yang bersifat material maupun nonmaterial pada tenaga sebagai kompensasi atas kesediaannya ditempatkan di suatu daerah atau kesediaannya melakukan pekerjaan tertentu atau penghargaan atas pencapaian prestasi kerja dalam jangka waktu tertentu.

Insentif merupakan salah satu faktor yang mendorong untuk bekerja dengan kemampuan optimal. Insentif merupakan suatu pendapatan ekstra di luar gaji atau upah yang ditentukan dan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan para pegawai dan keluarga mereka. Tujuan pemberian sistem insentif dapat bermacam-macam, misalnya untuk memenuhi ketersediaan jenis tenaga kesehatan di suatu tempat, sebagai kompensasi wilayah kerja yang sulit, untuk memenuhi standar biaya hidup yang relatif mahal di suatu daerah, atau sebagai bentuk penghargaan atas kinerja yang dilakukan. Pemberian insentif diharapkan dapat meningkatkan produktivitas dan motivasi kerja, memelihara keadilan internal dan eksternal atas besaran penghasilan yang diterima, serta memelihara kesejahteraan pegawai. Insentif dapat berupa insentif nonfinansial dan finansial. Insentif nonfinansial adalah fasilitas nonmoneter yang diterima oleh tenaga yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan, seperti rumah dinas, kendaraan dinas, fasilitasi pelatihan dan pendidikan berkelanjutan, serta sarana sosial untuk kebutuhan keluarga, seperti sekolah, tempat beribadah, sarana rekreasi dan olahraga, serta sarana jual beli untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga.

Tujuan utama pemberian insentif adalah untuk memenuhi kesejahteraan SDM Kesehatan. Salah satu komponen insentif yang penting adalah honor/gaji yang diterima rutin setiap bulan dan pendapatan lainnya yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan minimal pekerja. Terkait hal tersebut, telah ditetapkan upah minimum kabupaten/kota, yakni upah minimum yang ditetapkan oleh bupati/walikota berdasarkan kebutuhan hidup layak dan dengan memperhatikan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi di wilayahnya. Data Risnakes 2017 menunjukkan bahwa terdapat 34,5% pegawai puskesmas di Indonesia yang memperoleh penghasilan di bawah upah minimum kabupaten/kota (UMK). Provinsi Sulawesi Barat merupakan provinsi dengan proporsi

terbesar pegawai puskesmas yang memiliki penghasilan di bawah UMK (61,2%). Sebaliknya, Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi dengan proporsi pegawai puskesmas terkecil yang memiliki penghasilan di bawah UMK. Kondisi ini sedikit banyak menimbulkan kesenjangan penghasilan yang kemudian tidak mustahil berpengaruh terhadap kinerja. Provinsi Sulawesi Barat juga merupakan salah satu provinsi dengan proporsi puskesmas yang menyatakan ada kesenjangan penghasilan (68,4%). Sebaliknya Provinsi DKI Jakarta yang merupakan provinsi dengan proporsi puskesmas yang paling sedikit menyatakan terdapat kesenjangan penghasilan (13,1%). Di rumah sakit, terdapat 24,3% pegawai yang menerima insentif di bawah upah minimum kabupaten/kota (UMK).

Berdasarkan hal tersebut, wajar pula bila Provinsi DKI Jakarta menjadi provinsi dengan proporsi pegawai puskesmas terbanyak yang menyatakan penghasilannya cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sebulan. Di samping itu, Provinsi DKI Jakarta sekaligus menjadi provinsi dengan proporsi pegawai terbanyak yang menyatakan penghasilannya dapat disisakan untuk menabung. Jika ditinjau dari jumlah insentif per bulan yang diterima oleh pegawai puskesmas, Provinsi DKI Jakarta juga menjadi provinsi dengan rata-rata insentif SDM kesehatan yang terbesar untuk seluruh jenis tenaga berikutnya adalah Provinsi Papua (Risnakes 2017).

6.6 Tantangan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 telah menetapkan, antara lain, target indikator yang berhubungan dengan kesehatan yang dalam pencapaiannya sangat tergantung pada keberadaan, kecukupan, dan kapasitas sumber daya manusia kesehatan. Penurunan kematian ibu, bayi, *stunting*, *wasting*, eliminasi malaria, penurunan insidensi HIV, tuberkulosis, prevalensi obesitas, persentase merokok, peningkatan imunisasi dasar lengkap, dan lain-lain merupakan indikator RPJMN 2020–2024 yang mustahil dapat dicapai tanpa dukungan sumber daya manusia yang memadai. Secara khusus, RPJMN juga mengamanatkan bahwa pada tahun 2024 tidak ada lagi puskesmas tanpa dokter serta 83% puskesmas dengan tenaga kesehatan sesuai dengan standar. Jika melihat perkembangan

sumber daya manusia di puskesmas antara kondisi saat Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019 dan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) 2019, penetapan target RPJMN 2020–2024 menjadi tantangan berat bagi Kementerian Kesehatan. Pemerintah sudah tidak dapat lagi menerapkan kebijakan yang “biasa – biasa saja”, tetapi perlu terobosan yang luar biasa dan kebijakan afirmatif.

Pandemi COVID-19 juga menyadarkan bahwa peningkatan kapasitas SDM yang selama ini dilakukan masih jauh dari memadai untuk menjawab kesiapan dalam menangani kasus-kasus luar biasa, apalagi bila dihadapkan pada perubahan pola penyakit, meningkatnya kebutuhan pengembangan teknologi di bidang perawatan dan pengobatan pasien, teknologi informasi, dan komunikasi. Selain itu termasuk *telemedicine* untuk peningkatan keterampilan tenaga kesehatan serta komunikasi antara pasien dan tenaga medis, pemenuhan kebutuhan tenaga berkualitas di wilayah rentan (perbatasan, kepulauan, terpencil, tertinggal, endemis, dan lain-lain); serta tantangan dalam aspek memperkecil kesenjangan kualitas pelayanan dan akses terhadap tenaga kesehatan berkualitas baik secara geografis, sosial ekonomi, maupun antara pasien pengguna BPJS, asuransi swasta, serta pasien dan pembiayaan mandiri.

6.7 Rekomendasi

- a. Pemerintah mengupayakan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia sesuai dengan standar, khususnya tenaga yang bertugas pada fasilitas pelayanan kesehatan, baik melalui mekanisme pengadaan tenaga secara umum (PNS, PPPK) maupun mekanisme lain yang sesuai dengan regulasi yang ada.
- b. Identifikasi puskesmas yang mengalami kesulitan dalam pemenuhan tenaga sesuai dengan standar Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 disebabkan oleh kesulitan akses geografis dan pemenuhan kebutuhan hidup dasar bagi tenaga bila akan ditempatkan secara permanen. Untuk puskesmas dengan kondisi seperti ini, dapat dipertimbangkan pengadaan tenaga secara temporer (*datasering*) dan bergerak. Intinya adalah pemberian pelayanan kesehatan bagi setiap warga negara sebagai amanat konstitusi dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada

masyarakat. Konsep ini dapat diaplikasikan dalam bentuk “*flying doctor*”, “*floating doctor*”, atau “*barefoot doctor*” secara regular atau berdasarkan pertimbangan tertentu (*intentional*) tergantung pada situasi dan kondisi setempat. Penetapan suatu wilayah cakupan pelayanan dengan pusat pelayanan rujukan di ibukota kabupaten tertentu dapat diterapkan dukungan *flying doctor* yang akan melakukan kunjungan secara regular ataupun atas kepentingan tertentu ke puskesmas-puskesmas di sekitarnya yang mengalami kesulitan dalam penempatan tenaga secara permanen, mungkin dapat dipertimbangkan sebagai suatu terobosan.

- c. Pemerintah memberikan perlindungan hukum pada tenaga-tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan yang tidak memiliki tenaga dokter, agar tenaga kesehatan itu dapat menjalankan tugas dengan nyaman bagi masyarakat yang membutuhkan.
- d. Pemerintah mengoptimalkan insentif, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan keamanan bagi tenaga yang bertugas di puskesmas dan rumah sakit.
- e. Peningkatan kapasitas tenaga dilakukan khususnya melalui peningkatan pendidikan berkelanjutan dan *in service training* sehingga dapat mendukung fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat.
- f. Pemerintah mempertimbangkan rekrutmen tenaga dokter melalui ikatan dinas dalam waktu tertentu untuk ditempatkan di daerah khusus (terpencil, perbatasan, kepulauan, tidak diminati) dengan sistem *reward* khusus, misalnya memberikan beasiswa pendidikan sejak masuk pendidikan kedokteran atau saat menjalankan pendidikan spesialis. Mekanisme ini sebaiknya diikuti dengan penegakan aturan yang sewajarnya (*law enforcement*) bagi mereka yang tidak beriktikad baik untuk memenuhi komitmen.
- g. Pemerintah melengkapi sarana dan prasarana, termasuk peralatan yang dibutuhkan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal pada masyarakat.

Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan. 2018. *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan 2017*. Jakarta.

Pemerintah Indonesia. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307. Jakarta.

Pemerintah Indonesia. 2014. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298. Jakarta.



BAB 7

**MENGURAI PROGRAM
DAN KEBIJAKAN OBAT
DAN ALAT KESEHATAN**



BAB 7

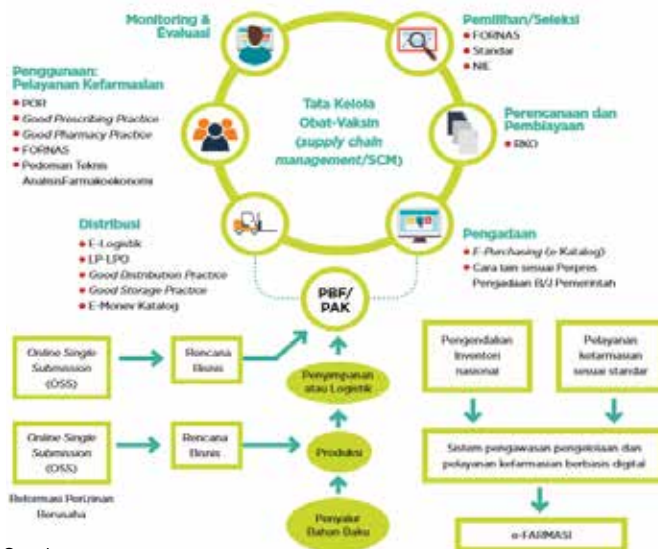
Mengurai Program dan Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan

Yuyun Yuniar, Uly Adhie M., Ani Isnawati, dan Nanang Yunarto

7.1 Pendahuluan

Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menetapkan bahwa pemerintah berkewajiban untuk menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan produk farmasi dan alat kesehatan bagi masyarakat. Kebijakan yang signifikan mengubah sistem kesehatan di Indonesia adalah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014. Kebijakan ini telah banyak memengaruhi kebijakan dalam penyediaan dan pelayanan sediaan farmasi dan alat kesehatan.

Rantai suplai sediaan farmasi dan alat kesehatan terdiri atas proses pemilihan/seleksi, perencanaan, pengadaan, distribusi, penggunaan serta pemantauan (*monitoring*) dan evaluasi lalu berulang lagi sebagai suatu siklus (Kementerian Kesehatan, 2018).



Sumber:

Mewujudkan Akses dan Kemandirian Farmasi dan Alat Kesehatan yang Bermutu 2012 - 2018, Kemenkes 2018.

Gambar 7.1
Siklus Rantai Suplai Obat dan Vaksin

7.2 Program dan Kebijakan Obat

Program yang selama ini telah dijalankan oleh Kemenkes dapat dijelaskan sesuai dengan siklus yang digambarkan sebelumnya.

7.2.1 Pemilihan Obat

Dasar pemilihan obat adalah Daftar Obat Esensial dan Formularium Nasional. Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) terakhir kali disusun pada tahun 2017 dan disahkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 01.07Menkes/395/2017. Formularium nasional disusun oleh Komite Formularium Nasional dan selalu diperbarui. Formularium Nasional yang berlaku untuk tahun 2019 adalah Formularium Nasional yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK. 01.07/Menkes/659/2017 dengan beberapa perubahan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 01.01/Menkes/707/2018 tahun 2018.

Formularium Nasional (Fornas) merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN. Tujuan utama pengaturan obat dalam Fornas adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui peningkatan efektivitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional. Bagi tenaga kesehatan, Fornas bermanfaat sebagai “acuan” bagi penulis resep dalam mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat pada fasilitas pelayanan kesehatan. Formularium Nasional tahun 2017 terdiri atas 586 item dalam 1.031 bentuk sediaan dan kekuatan dan berlaku mulai 1 April 2018 (Kementerian Kesehatan, 2018).

7.2.2 Perencanaan dan Pembiayaan Obat

Perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dapat dilakukan dengan dua pendekatan, yaitu metode konsumsi dan metode morbiditas. Perhitungan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dengan metode konsumsi didasarkan atas analisis data konsumsi obat tahun sebelumnya, sedangkan metode morbiditas didasarkan atas pola penyakit dan perkiraan kenaikan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2018).

Tahapan rantai pengadaan obat JKN dimulai dari terbitnya Formularium Nasional, kemudian penyusunan rencana kebutuhan obat (RKO), penetapan harga perkiraan sendiri (HPS), dan diikuti oleh proses lelang serta negosiasi harga. Pemenang diberi notifikasi, kemudian informasi produk serta harga ditayangkan dalam e-katalog. Pada praktiknya, jeda waktu antarproses tersebut masih belum optimal. Pertama, durasi waktu untuk penerbitan dan sosialisasi Formularium Nasional masih kurang sehingga RKO yang disampaikan oleh fasilitas kesehatan tidak dapat disusun dengan acuan Formularium Nasional yang relevan/terkini dan lebih mengacu kepada anggaran daripada kebutuhan (Yuniar Y., 2017).

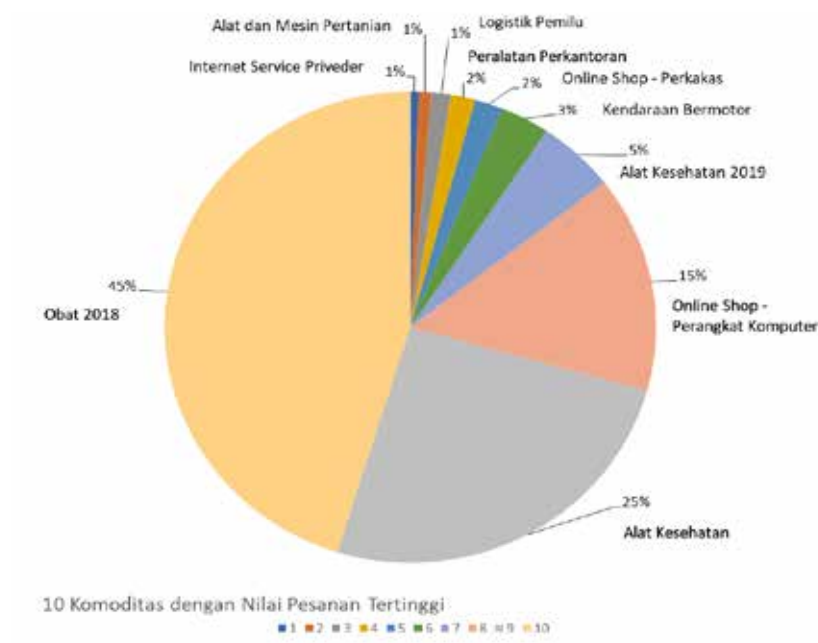
7.2.3 Pengadaan

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 yang telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2012, pada dasarnya obat termasuk dalam kriteria barang/jasa khusus karena jenis, jumlah, dan harganya telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sehingga dapat dilakukan pengadaan melalui penunjukan langsung. Dengan dikembangkannya sistem e-katalog untuk obat, pengadaan obat dapat dilaksanakan melalui *e-purchasing* untuk obat yang tersedia dalam daftar e-katalog. *E-purchasing* merupakan tata cara pembelian barang/jasa melalui sistem e-katalog obat. Adapun pengertian e-katalog obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga obat dari berbagai penyedia barang/jasa tertentu.

Proses pengadaan (alat kesehatan dan/atau obat-obatan) dapat langsung dilakukan dengan melihat daftar yang terdapat di *database* situs. Melalui e-katalog, penyimpanan pengadaan alat kesehatan (alkes) dan obat dapat diminimalisasi. Harga dan kualitas barang alkes dan obat yang terdaftar pada e-katalog sudah tercantum dengan jelas. Dengan adanya sistem e-katalog, siapa pun bisa mengawasi agar tidak ada pembengkakan biaya (*mark up*). Pihak pemerintah bisa leluasa memilih item produk yang dibutuhkan sesuai dengan anggaran dana yang tersedia.

Melalui e-katalog diharapkan proses pengadaan obat generik di sektor pemerintah dapat menjadi lebih transparan, akuntabel, efektif, dan efisien. E-katalog juga mencantumkan harga satuan terkecil obat yang sudah termasuk pajak dan biaya distribusi. Dinas kesehatan atau pihak rumah sakit yang ingin melaksanakan pengadaan obat generik juga tinggal memilih dari daftar karena harga dan spesifikasinya sudah jelas.

Berdasarkan data LKPP diketahui bahwa obat dan alat kesehatan memiliki proporsi tertinggi dalam pembelian melalui e-katalog, yaitu mencapai hampir 70% dari total e-purchasing yang bernilai sekitar 63,1 triliun pada tahun 2019 (LKPP, 2020).



Sumber : Paparan LKPP dalam raker Badan Litbangkes 2020

Gambar 7.2
Belanja Kebutuhan Pemerintah melalui E-Purchasing

7.2.4 Distribusi

Siklus distribusi sediaan farmasi dimulai ketika sediaan dikeluarkan dari industri atau penyedia dan berakhir saat informasi penggunaan dilaporkan kembali ke unit pengadaan. Siklus distribusi merupakan bagian rantai suplai sediaan farmasi. Rantai proses pengadaan obat dimulai dari penyusunan rencana kebutuhan obat (RKO) nasional yang menghasilkan kebutuhan jenis dan volume obat secara nasional. Rantai suplai sediaan farmasi khususnya obat dan vaksin berawal dari pemilihan/seleksi, perencanaan, pengadaan, distribusi, penggunaan serta pemantauan (*monitoring*) dan evaluasi lalu berulang lagi sebagai suatu siklus. Permasalahan dalam sistem distribusi dapat menjadi salah satu penyebab kekosongan obat selain faktor produsen juga regulasi.

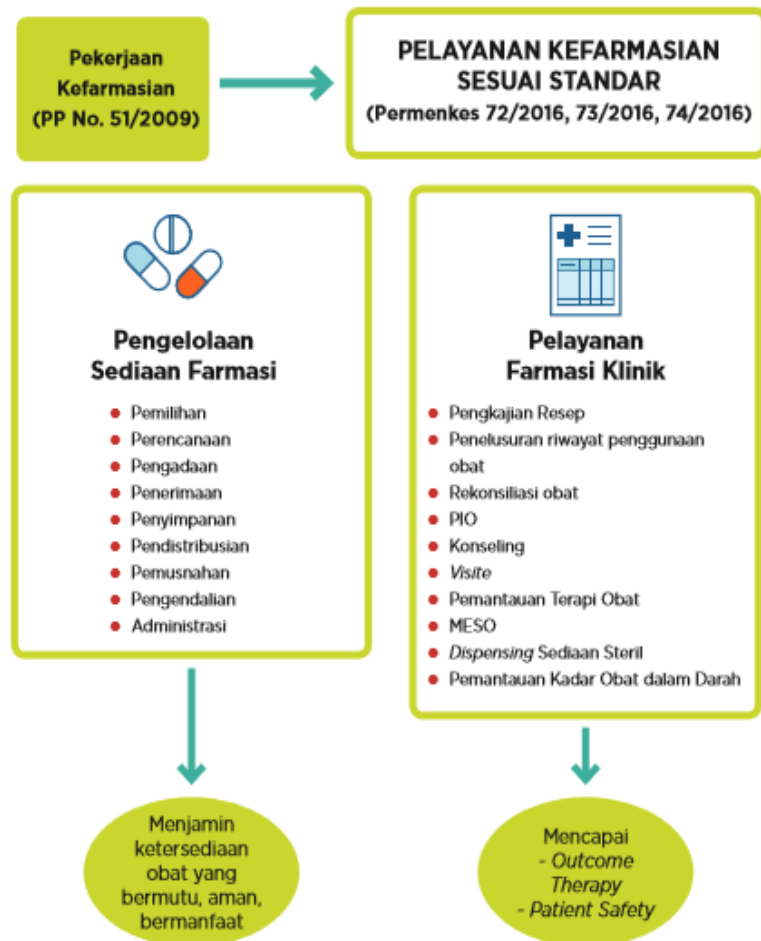
Pemerintah menetapkan suatu kebijakan satu pintu (*one gate policy*) untuk tahap distribusi, serta pengadaan dan anggaran obat dan vaksin melalui pembentukan unit pengelola obat publik dan perbekalan kesehatan atau instalasi farmasi. Kendati demikian, belum semua daerah (provinsi/kabupaten/kota) sudah melaksanakan kebijakan satu pintu. Permasalahan dalam pelaksanaan *one gate policy*, antara lain, adalah proses tersebut dapat memperpanjang birokrasi sehingga berdampak pada tertundanya pelaksanaan proses pelayanan kesehatan, seperti imunisasi (Yuniar Y., 2017).

7.2.5 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian pada dasarnya terbagi atas pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan farmasi klinik. Pelayanan klinik memerlukan SDM dengan jumlah dan kompetensi yang cukup agar dapat memberikan pelayanan secara optimal dan berperan dalam meningkatkan kemanfaatan obat serta menciptakan interaksi yang baik antara apoteker dan pasien atau pengguna layanan.

Standar pelayanan kefarmasian untuk apotek telah ditetapkan untuk rumah sakit, puskesmas, dan apotek yang diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan sebagai berikut:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.



Sumber : Mewujudkan Akses dan Kemandirian Farmasi dan Alat Kesehatan yang Bermutu 2012 - 2018, Kemenkes 2018

Gambar 7.3
Pelayanan Kefarmasian Sesuai dengan Standar

7.3 Tantangan Pengelolaan dan Pelayanan Obat Esensial

7.3.1 Pemilihan/Seleksi

Indikator yang dinilai dalam penyediaan obat sesuai dengan formularium nasional pada umumnya terkait dengan perencanaan dan kesesuaian penyediaan serta peresepan obat sesuai dengan fornans khususnya di rumah sakit pemerintah. Standar umum kepatuhan terhadap formularium nasional dinilai baik bila mencapai 80%–90%.

Fasilitas kesehatan swasta masih kurang mendapat perhatian terkait dengan kepatuhan dalam penyediaan obat fornans meskipun sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Masalah lain yang dihadapi adalah ketidaksesuaian antara daftar obat di dalam formularium nasional dan yang tersedia dalam e-katalog. Perbedaan antara Fornans dan e-Katalog tersebut menyebabkan adanya obat yang tidak memiliki acuan harga untuk dasar pembayaran klaim BPJS Kesehatan. Hasil evaluasi implementasi formularium nasional di 137 rumah sakit pada 33 provinsi menunjukkan proporsi obat fornans yang belum masuk dalam e-katalog adalah 7,6% pada tahun 2016. Terdapat sejumlah obat dengan HPS yang kurang menarik (TNP2K, 2018). Selain itu, masih ada pula fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menyediakan obat yang diperuntukkan bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjut dengan alasan obat tersebut dibutuhkan (Yuniar Y., 2017).

7.3.2 Perencanaan dan Pembiayaan

Laporan Pusat Analisis Determinan Kesehatan (PADK), Kemenkes 2017, menyebutkan bahwa rencana kebutuhan obat (RKO) belum berbasis kebutuhan riil. Usulan RKO yang dibuat sebelum anggaran disetujui DPRD cenderung dibuat dengan volume yang terlalu tinggi. Sulit bagi perencana di kabupaten/kota untuk mengandalkan pada prediksi bauran penyakit dan kebutuhan obatnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh TNP2K, proses perencanaan kebutuhan obat tahun 2014 sampai 2016 adalah seperti berikut. Permintaan secara *online* oleh fasilitas kesehatan publik (*e-purchasing*) sebagian besar item obat dalam jajaran 50 obat dengan RKO tertinggi, baik di tahun 2014 maupun

tahun 2015, relatif kecil jika dibandingkan dengan RKO-nya, dengan proporsi <60%. Data studi TNP2K pada tahun 2018 menunjukkan ketidaksesuaian RKO, yaitu proporsi obat dalam e-katalog tanpa *e-purchasing* adalah 31,9% pada tahun 2016 (TNP2K, 2018).

Terdapat kesenjangan antara RKO dan riil pemesanan di level industri, dinas kesehatan propinsi, dinas kesehatan kabupaten kota, dan rumah sakit. Sebagai contoh, amoksisilin sirup ternyata hanya dipesan sekitar 44% dari RKO, tetapi diazepam dipesan sekitar 108% dari RKO. Tingkat kesesuaian RKO dengan pemesanan paling kecil terdapat di rumah sakit. Kemungkinan rumah sakit kehabisan jatah obat e-katalog karena pola pemesanan di rumah sakit hanya per 1–3 bulan, sedangkan dinas kesehatan kabupaten/kota pemesanan dilakukan per tahun. Contoh lainnya, pemesanan diazepam di tingkat kabupaten/kota mencapai rata-rata 355% dari RKO. Bahkan, pada beberapa jenis obat di daerah tertentu ada pemesanan yang mencapai ribuan atau puluhan ribu persen dari RKO yang dibuat (Yuniar Y., 2017).

Terdapat beberapa fasilitas kesehatan (baik dinas kesehatan maupun rumah sakit) yang tidak membuat RKO untuk obat tertentu, tetapi melakukan pemesanan. Di sisi lain ada juga fasilitas yang mempunyai RKO, tetapi tidak melakukan pemesanan. Pengiriman oleh pedagang besar farmasi (PBF) pada umumnya mendekati pemesanan, yaitu sekitar 90%–100%. Perubahan pola terapi dan preferensi penulis resep sangat memengaruhi pengadaan obat di beberapa tempat (Yuniar Y., 2017).

Pembiayaan obat di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten kota bersumber dari dana, antara lain, APBN, yaitu dana DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian, APBD dan kapitasi, atau dana lainnya. Di tingkat kabupaten/kota, sumber belanja obat tahun 2016 beragam dapat berasal dari APBN, APBD, kapitasi, dan lain-lain. Selain itu, terdapat kabupaten yang menggunakan cukai rokok sebagai sumber pembiayaan belanja obat dan ada pula kabupaten/kota yang menggunakan dana pembayaran kapitasi

untuk belanja obat seiring dengan diperbolehkan penggunaan dana kapitasi oleh beberapa daerah dengan berbagai ketentuan khusus. Variasi sumber anggaran untuk belanja obat juga terjadi di tingkat provinsi. Ada provinsi yang hanya menggunakan APBN sebagai sumber anggaran pembelanjaan obat, ada yang sebagian besar menggunakan APBN, hanya menggunakan APBD. Bahkan, ada pula provinsi yang tidak melakukan pengadaan obat dan tidak menganggarkan belanja obat (Yuniar Y., 2017).

Laporan Pusat Analisis Determinan Kesehatan (PADK) Kemenkes, 2017 menunjukkan bahwa total biaya pelayanan kesehatan adalah sebesar Rp56.9 triliun. Anggaran yang diserap untuk pelayanan kesehatan rujukan adalah sebesar Rp45,5 triliun dan pada fasilitas pelayanan primer sebesar Rp11,5 Triliun. Biaya komponen obat mencapai 40% dari total biaya pelayanan (PADK, 2017).

Produsen yang menang tender hanya diberi waktu singkat, yaitu sekitar satu bulan sebelum harga dan produknya ditayangkan dalam e-katalog. Padahal, waktu yang diperlukan untuk menyusun proses produksi adalah minimal 3 bulan (Hendarwan H., 2018). Rencana kebutuhan obat (RKO) selama ini sulit mencapai tingkat akurasi yang tinggi karena pola sisa stok $y-2$ belum mencerminkan riil stok di $y-1$. Itu terjadi akibat berbagai permasalahan yang timbul, antara lain, keterlambatan pengiriman barang sehingga menumpuk pada $y-1$ yang akhirnya menyebabkan penurunan pemesanan riil atau bahkan tidak ada pemesanan serta kepastian anggaran. Selain itu, perubahan preferensi penulis resep dan pola penyakit juga mempengaruhi (Yuniar Y., 2017).

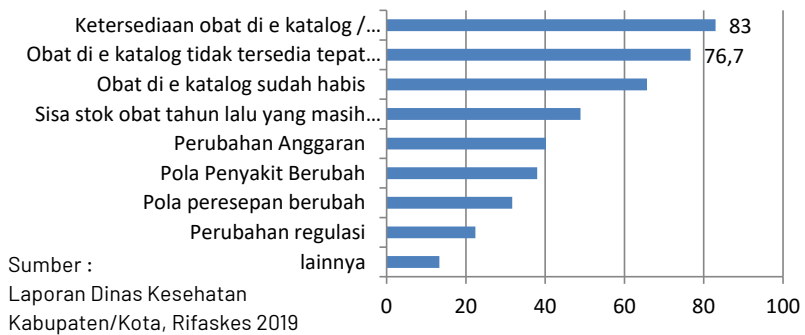
Berdasarkan hasil Rifaskes 2019, hampir seluruh dinas kesehatan kabupaten/kota telah menyusun RKO (98,6%). Pengecualian untuk DKI Jakarta, RKO disusun oleh puskesmas kecamatan. Sebanyak 43,2% dinkes mengaku mengirim RKO melalui *e-monev* pada bulan Maret 2018. Masih terjadi dinkes yang mempunyai RKO obat tertentu, tetapi tidak jadi memesan atau sebaliknya tidak memiliki RKO, tetapi melakukan pemesanan (Yuniar Y., 2017 dan Kementerian Kesehatan 2019).



Sumber : Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rifaskes 2019

Gambar 7.4
Keberadaan RKO 2017 dan Pemesanan Tahun 2018 untuk 8 Jenis Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Berdasarkan persepsi sebagian besar penanggung jawab di dinas kesehatan, kesesuaian RKO dengan realisasi sudah mencapai di atas 75%. Meskipun demikian, jika dilihat dari data di atas sebenarnya masih terjadi kesenjangan antara jumlah dinkes yang mempunyai RKO dan yang memesan. Hal ini akan lebih sult lagi bila dilakukan evaluasi antara jumlah unit yang dibuat dalam RKO dan jumlah yang dipesan dalam realisasinya. Penyebab kurangnya akurasi ini diakui sebagian besar karena permasalahan dalam e-katalog (Kementerian Kesehatan, 2019).



Gambar 7.5
Alasan Ketidaksesuaian antara RKO dan Realisasi

7.3.3 Pengadaan

Beberapa RSUD masih mengalami kekosongan obat dan *lead time* yang terlalu panjang. LKPP sebagai lembaga yang berwenang dalam pengadaan barang/jasa pemerintah dapat memberlakukan sanksi terhadap penyedia obat yang wanprestasi sebagaimana diatur dalam Perpres No. 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Hendarwan H., 2018).

Proses pengadaan farmasi dan peralatan kesehatan sudah melalui sistem elektronik walaupun masih belum optimal digunakan. Data menunjukkan meskipun mayoritas pengadaan obat dilakukan melalui *e-purchasing*, 20–25% pengadaan masih dilakukan melalui lelang atau pembelian langsung bila jumlahnya sedikit (Yuniar Y., 2017).

Tabel 7.1
Sistem Pengadaan Obat di Beberapa Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Mekanisme Pengadaan dengan dana JKN	
	Melalui <i>e-purchasing</i>	Melalui pembelian langsung/ lelang
Kota Bandung	80%	20%
Kab. Garut	80%	20%
Kab. Trenggalek	80%–90%	10%–20%
Kota Mataram	80%	20%
Kab. Bima	60%	tender 20%, surat pesanan 20%
Kota Palembang	95%	5%
Kab. Muratara	90%	10%
Kab. OKI	95%	5%
Kota Banda Aceh	100%	-
Kota Sabang	75%	25%
Kab. Kep Talaud	75–80%	20% - 25%
Kota Makassar	70%	30%
Kab. Selayar	80%	20%
Kota Banjarmasin	50%	50%
Kab. Hulu Sungai Utara	80%	20%
Kab. Tanah Bumbu	100%	-
Kota Palangkaraya	90–92%	8%–10%
Kab. Gunung Mas	50% item obat <i>e-katalog</i> , 30% BMHP esensial	25%
Kab. Seruyan	75%	25%
Kota Ternate	90%	10%
Kota Jayapura	75%	25%

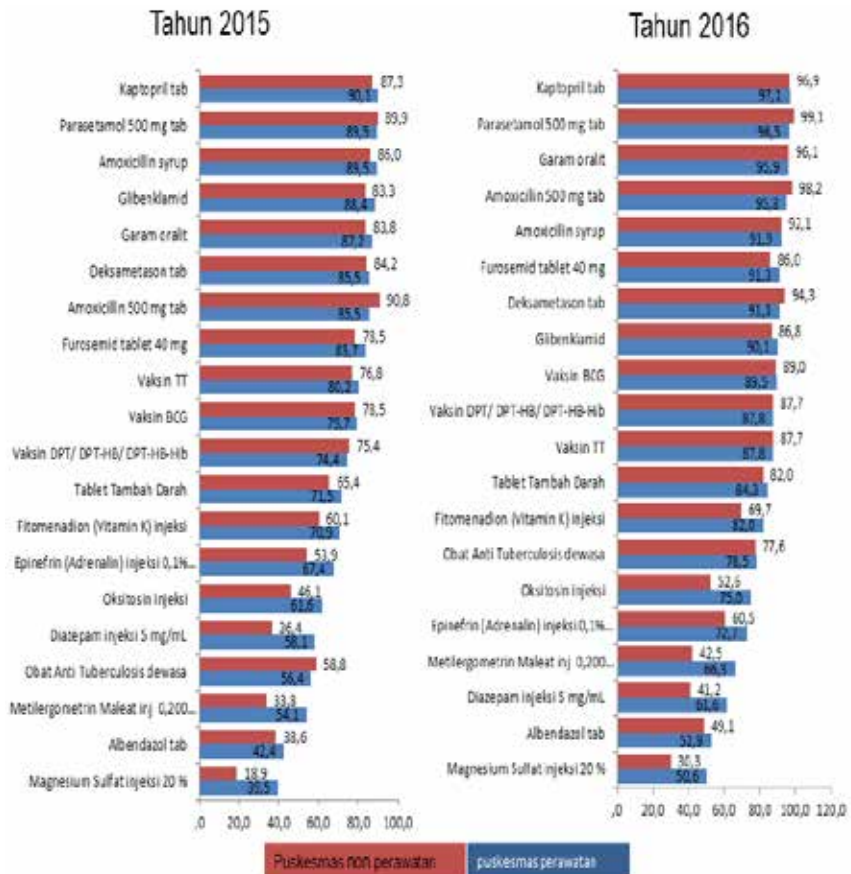
Sumber: Laporan Distribusi, Ketersediaan serta Pelayanan Obat dan Vaksin dalam Menghadapi Jaminan Kesehatan Semesta 2019. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes.

7.3.4 Distribusi dan Ketersediaan

Periode pengiriman obat secara *e-purchasing* seringkali lebih lama daripada waktu yang ditetapkan (2 minggu–90 hari kerja sesuai dengan kontrak) dan bervariasi, misalnya 1– 8 bulan untuk Jayapura, 6–7 bulan di Manado, dan Jawa Barat yang bisa sampai dengan 1 tahun. Sementara itu, untuk vaksin pada umumnya lebih cepat sampai karena sebagian besar diambil langsung oleh dinas kesehatan kabupaten/kota ke provinsi (Yuniar Y., 2017).

Waktu *lead time* yang panjang tersebut seringkali berakibat obat yang diterima dalam keadaan cacat dan sudah dekat waktu kedaluwarsa (TNP2K, 2018).

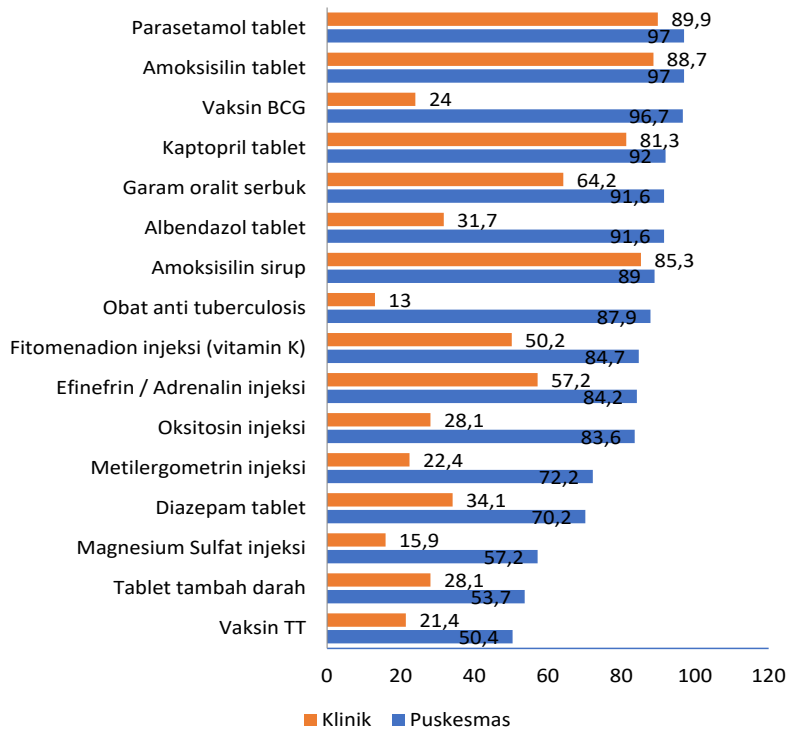
Dalam hal ketersediaan obat di puskesmas, secara umum terjadi peningkatan proporsi puskesmas dengan ketersediaan obat pada tahun 2016 bila dibandingkan dengan kondisi tahun 2015. Puskesmas dengan tempat tidur (perawatan) cenderung memiliki proporsi ketersediaan obat yang lebih baik daripada puskesmas tanpa perawatan/nontempat tidur (Kementerian Kesehatan, 2016). Hal ini dapat dilihat pada gambar 7.6.



Sumber: Sirkesnas 2016 (n: 400 puskesmas)

Gambar 7.6
Proporsi Puskesmas Perawatan dan Nonperawatan Menurut Ketersediaan Obat dan Vaksin Indikator, Tahun 2015–2016

Berdasarkan hasil Rifaskes 2019, ketersediaan obat dan vaksin di puskesmas jauh lebih baik dibandingkan dengan ketersediaan di klinik (gambar 7.7).



Sumber: Adaptasi dari draf laporan Puskesmas dan Klinik, Rifaskes 2019

Gambar 7.7
Proporsi Puskesmas dan Klinik dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Indikator, Rifaskes 2019

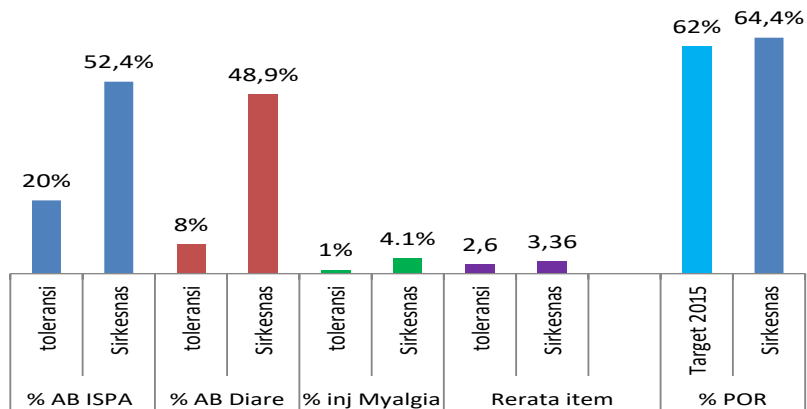
7.3.5 Pelayanan

Implementasi standar pelayanan kefarmasian dalam pelayanan farmasi klinik di RS bervariasi antara 4,7%–95,3%, yang kurang terutama dalam hal pemantauan kadar obat dalam darah (Yuniar Y., 2017). Rifaskes 2019 menunjukkan hasil yang kurang lebih sama untuk 144 rumah sakit rujukan JKN, yaitu seperti berikut. Persentase pelayanan klinik yang paling banyak dilakukan apoteker adalah pengkajian resep (94,4%), pelayanan informasi obat (93,1%), dan konseling (88,9%). Sementara itu, pelayanan yang paling sedikit dilakukan apoteker, yaitu *dispensing* sediaan steril (34,7%) dan pemantauan kadar obat dalam darah sebanyak 1,4% (Kementerian Kesehatan, 2019).

Pelayanan farmasi klinik di puskesmas berkisar 4,5%–42,4% yang kurang terutama dalam hal pemantauan terapi obat/PTO (Yuniar Y., 2017). Rifaskes 2019 menunjukkan pelayanan farmasi klinik yang terbanyak dilakukan oleh apoteker di puskesmas adalah pengkajian resep (44,7%), pelayanan informasi obat (44,4%), dan konseling (37,5%), sedangkan yang paling jarang dilakukan, antara lain, adalah pemantauan terapi obat (Kementerian Kesehatan, 2019). Di apotek pelayanan farmasi klinik berkisar antara 47,6%–95,2%. Yang kurang adalah dalam hal PTO dan *homecare* (Yuniar Y., 2017).

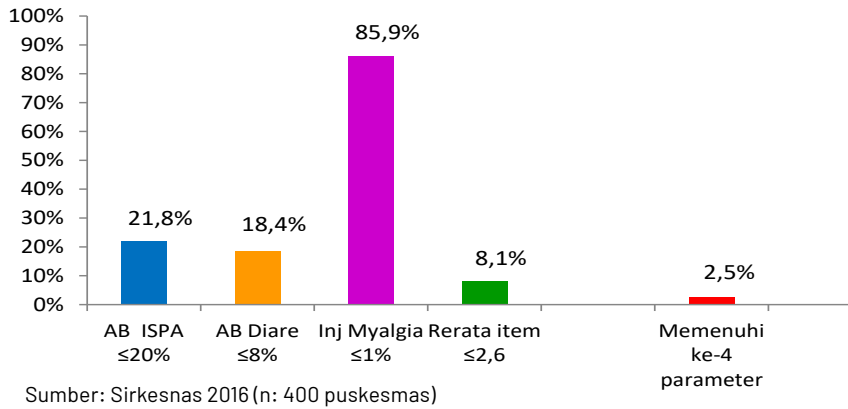
Implementasi standar pelayanan kefarmasian dalam pengelolaan obat mulai perencanaan kebutuhan sampai dengan pemantauan (*monitoring*) dan evaluasi obat di rumah sakit, puskesmas, dan apotek berkisar di atas 78,0%. Standar jumlah tenaga kefarmasian yang dibutuhkan dalam pelayanan rumah sakit, puskesmas, dan apotek menunjukkan masih kurangnya jumlah tenaga kefarmasian di ketiga fasilitas pelayanan kesehatan tersebut (Yuniar Y., 2017).

Hasil Sirkesnas 2016 memperlihatkan adanya permasalahan penggunaan obat rasional, khususnya dalam hal penggunaan antibiotik dalam kasus infeksi saluran pernapasan atas (ISPA nonpneumonia) dan diare. Selain itu, masih ditemukan adanya penggunaan injeksi untuk kasus-kasus myalgia (Kementerian Kesehatan, 2016).



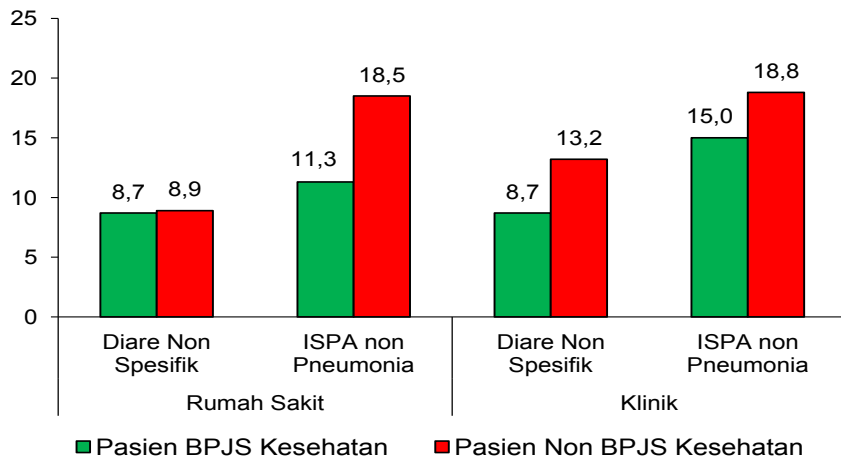
Sumber: Sirkesnas 2016 (n: 400 puskesmas)

Gambar 7.8
Indikator Penggunaan Obat Rasional (POR) di Puskesmas, Sirkesnas 2016



Gambar 7.9
Proporsi Puskesmas yang Memenuhi Standar Penggunaan Obat Rasional (POR), Sirkesnas 2016

Hasil studi tahun 2019 menunjukkan bahwa penggunaan antibiotik di rumah sakit dan klinik secara umum lebih rendah jika dibandingkan dengan data Sirkesnas 2016, baik untuk diagnosis diare maupun ISPA nonpneumonia. Selain itu, secara umum, persepsian antibiotik lebih rendah pada pasien BPJS Kesehatan jika dibandingkan dengan pasien umum.



Sumber : Paparan Studi Penggunaan Obat dari Rumah Sakit dan Klinik, Rifaskes Tematik 2019

Gambar 7.10
Persentase Peresepan Antibiotik untuk Diare dan ISPA di Rumah Sakit dan Klinik

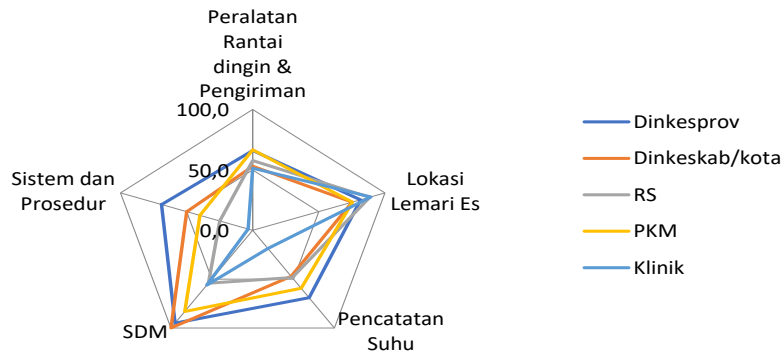
7.4 Pengelolaan dan Pelayanan Vaksin serta Tantangan yang Dihadapi

Vaksin merupakan sediaan biologis yang rentan terhadap perubahan temperatur lingkungan. Pada umumnya vaksin disimpan pada suhu 2–8°C dan tidak membeku. Sejumlah vaksin (DPT, Hib, Hepatitis B, dan Hepatitis A) akan tidak aktif dalam keadaan beku. Vaksin yang disimpan atau diangkut secara tidak benar juga akan kehilangan potensinya. Untuk itu, perlu disertakan brosur/informasi produknya. Berdasarkan Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, Sarana Penyimpanan Vaksin, di setiap tingkat administrasi hal itu akan berbeda. Di tingkat pusat, sarana penyimpan vaksin adalah kamar dingin/*cold room*. Ruangan ini seluruh dindingnya diisolasi untuk menghindarkan panas masuk ke dalam ruangan. Ada 2 kamar dingin, yaitu dengan suhu 2°C sampai dengan 8°C dan suhu -20°C sampai dengan -25°C. Sarana ini dilengkapi dengan generator cadangan untuk menjaga apabila aliran listrik mati. Di tingkat provinsi harus tersedia *coldroom*, *freeze room*, *vaccine refrigerator*, dan *freezer*. Di tingkat kabupaten/kota harus tersedia *coldroom*, *vaccine refrigerator*, dan *freezer*, sedangkan di puskesmas cukup *vaccine refrigerator*.

Berdasarkan aspek SDM, sistem prosedur, peralatan rantai dingin dan pengiriman, lokasi penyimpanan kulkas/*refrigerator* dan pencatatan suhu di lapangan, dapat disimpulkan bahwa masalah utama rantai dingin lebih pada aspek persyaratan dan ketersediaan peralatan rantai dingin dan pengiriman serta pencatatan suhu. Salah satu permasalahan pada peralatan adalah tidak adanya catatan kalibrasi alat dan pada pencatatan suhu sering tidak ditandatangani atau tidak direviu (*di-review*)(Yuniar Y., 2017).

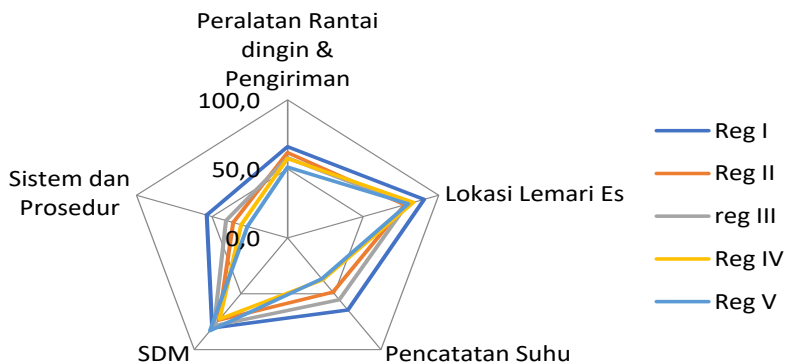
Pengelolaan rantai dingin di puskesmas umumnya lebih baik daripada rumah sakit dan klinik, terutama dari jenis alat yang digunakan untuk penyimpanan dan tidak adanya dokumen sistem dan prosedur standar yang dijadikan acuan. Pengelolaan rantai dingin di daerah Indonesia bagian barat juga umumnya lebih baik jika dibandingkan dengan di daerah timur (Yuniar Y., 2017). Penelitian mengenai vaksin tahun 2012 menunjukkan bahwa pengelolaan vaksin di institusi pemerintah masih mengalami beberapa kendala dalam penanganan rantai dingin dan masalah ini lebih terlihat di fasilitas kesehatan swasta. Ketersediaan

vaksin juga masih belum efektif dan efisien sesuai dengan ketentuan. Hal ini terbukti dari masih adanya fasilitas yang memiliki vaksin dalam jumlah yang berlebih (Susyanti A., 2014).



Sumber: Laporan Distribusi, Ketersediaan serta Pelayanan Obat dan Vaksin dalam Menghadapi Jaminan Kesehatan Semesta 2019. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes.

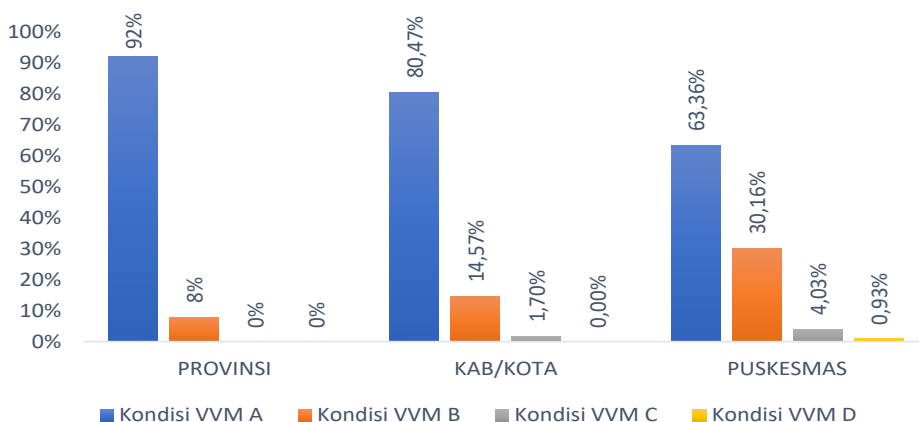
Gambar 7.11
Pelaksanaan Manajemen Rantai Dingin Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan di Seluruh Lokasi Penelitian



Sumber: Laporan Distribusi, Ketersediaan serta Pelayanan Obat dan Vaksin dalam Menghadapi Jaminan Kesehatan Semesta 2019. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes.

Gambar 7.12
Pelaksanaan Manajemen Rantai Dingin di Seluruh Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Regionalisasi

Pada umumnya pengelolaan rantai dingin vaksin di tingkat provinsi sudah lebih baik jika dibandingkan dengan tingkat kabupaten/kota dan puskesmas. Hal ini terlihat dari hasil kualitas vaksin yang ditunjukkan oleh VVM, yaitu dari provinsi ke kabupaten/kota terlihat penurunan VVM dari persentase VVM A menurun ke VVM B dan VVM C. Penurunan kondisi VVM terutama terjadi pada vaksin polio oral yang memang sensitif panas. Hasil uji potensi vaksin pentabio dan polio oral menunjukkan bahwa potensi vaksin pertusis dan polio masih memenuhi syarat di semua lokasi sampel penelitian, baik pada fasilitas pemerintah (dinkes, rumah sakit, dan puskesmas) maupun fasilitas swasta (rumah sakit swasta dan klinik) dengan catatan sampel yang diambil memiliki kondisi VVM A atau B. Dengan demikian, dapat disimpulkan dari hasil uji potensi tersebut bahwa meskipun ada perbedaan pengelolaan rantai dingin, tetapi secara umum tidak memengaruhi potensi vaksin. Kualitas vaksin secara biologis masih terjamin (Yuniar, Y., 2017).

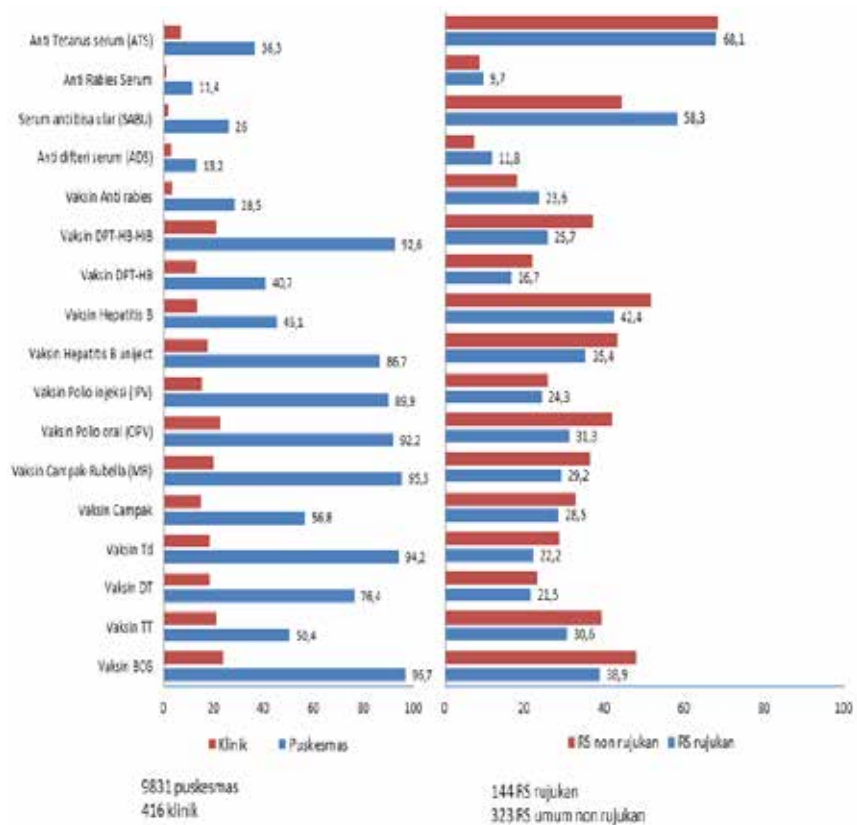


Sumber: Laporan Distribusi, Ketersediaan serta Pelayanan Obat dan Vaksin Dalam Menghadapi Jaminan Kesehatan Semesta 2019. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes.

Gambar 7.13
Kondisi VVM pada Berbagai Fasilitas Penyimpanan

Ketersediaan vaksin dan serum berdasarkan hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes, 2019) di rumah sakit, puskesmas dan klinik, memperlihatkan hasil bahwa secara umum proporsi puskesmas yang memiliki vaksin atau serum lebih banyak, baik jika dibandingkan dengan

rumah sakit juga maupun klinik. Rumah sakit rujukan JKN (sebanyak 144 RS pemerintah) mempunyai proporsi yang hampir sama dengan rumah sakit umum nonrujukan (323 RS pemerintah dan swasta). Hal ini dapat dipahami dengan kebijakan pelayanan imunisasi dasar yang lebih diutamakan di puskesmas dibandingkan pelayanan di rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2019).



Sumber: Adaptasi dari draft laporan Puskesmas, Klinik dan Rumah Sakit, Rifaskes 2019

Gambar 7.14
Proporsi Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit Rujukan dan Rumah Sakit Nonrujukan berdasarkan Ketersediaan Vaksin dan Serum

Aspek lain yang menjadi tantangan terkait dengan vaksin adalah masih rendahnya cakupan imunisasi dasar di beberapa daerah, antara lain, disebabkan munculnya penolakan terhadap vaksinasi.

7.5 Kemandirian Bahan Baku Obat dan Tantangan yang Dihadapi

Ketergantungan industri farmasi terhadap impor ternyata masih sangat besar. Dari seluruh obat yang diproduksi di Indonesia, 95% bahan bakunya berasal dari luar negeri. Hal ini mengakibatkan tingginya harga obat dan langkanya ketersediaan akses obat di beberapa daerah. Keanekaragaman hayati di Indonesia merupakan potensi yang perlu digali dan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kemakmuran bangsa dengan harapan Indonesia dapat mandiri dalam ketersediaan obat dan obat tradisional.

Dalam mendukung program pemerintah melalui percepatan pengembangan industri farmasi dan mengurangi ketergantungan impor bahan baku, Badan Litbangkes berkontribusi mewujudkan program tersebut melalui riset dan pengembangan kemandirian bahan baku obat. Salah satu upaya yang dilakukan Badan Litbangkes adalah melakukan riset komprehensif untuk menghasilkan bahan baku fraksi bioaktif daun gambir dengan kandungan katekin tinggi yang dikembangkan untuk menjadi fitofarmaka asli Indonesia sebagai penurun kolesterol.

Masalah kesehatan lain adalah malaria. Malaria masih merupakan masalah kesehatan di dunia dan di Indonesia, serta termasuk ke dalam salah satu sasaran *Millenium Development Goals* (MDG). Hasil Riskesdas diperoleh bahwa prevalensi nasional malaria menurun dari tahun 2010 sebesar 10,6% menjadi 6% (2013) dan pada tahun 2018 turun hingga 4%. Pada tahun 2018, dari 514 kabupaten di Indonesia didapatkan 285 kabupaten dengan status bebas malaria, tetapi masih ada daerah dengan malaria tinggi terutama di Indonesia timur. Oleh karena itu, obat malaria *Artemisinin Combination Therapy* (ACT) masih sangat dibutuhkan. Umumnya bahan baku obat malaria masih diimpor sehingga perlu upaya untuk menghasilkan bahan baku dihidroartemisinin dan tablet DHP (dihidroartemisinin dan piperakin) lokal.

WHO merekomendasikan penggunaan *Artemisinin Combination Therapy* (ACT) sebagai pengobatan malaria terkini dan formularium nasional telah memasukkan tablet DHP (dihidroartemisinin dan piperakin) sebagai obat pilihan pertama untuk pengobatan malaria. Dihidroartemisinin (DHA) adalah salah satu komponen obat malaria

DHP dan merupakan derivat artemisinin. Artemisinin berasal dari tanaman *A.annua L.* Kadar artemisinin dalam daun tanaman *A.annua L.* yang ditanam di Indonesia masih rendah, yakni sekitar 0,1%–0,2%. Begitu pula proses ekstraksi masih menggunakan pelarut organik selain tidak efektif dan efisien. Pelarut tersebut mahal dan toksik.

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan pemberantasan penyakit malaria, serta mengatasi keterdesakan kebutuhan obat malaria dihidroartemisinin dan piperakuin (DHP), dibentuklah konsorsium obat kemandirian bahan baku obat dihidroartemisinin. Konsorsium melakukan penelitian secara paralel dan lintas sektor oleh 4 institusi, yaitu Badan Litbangkes, Kementerian Pertanian, LIPI dan PT Indofarma bersama-sama untuk mewujudkan kemandirian bahan baku obat malaria. Konsorsium yang menggandeng berbagai lembaga penelitian ini melaksanakan penelitian secara paralel mulai dari budi daya artemisinin dengan teknik rekayasa genetik dan kultur jaringan hingga formulasi tablet DHP dengan bahan baku lokal. Upaya peningkatan kadar artemisinin lokal dilakukan melalui budi daya penanaman untuk menghasilkan bibit unggul, kultur jaringan, dan rekayasa genetika tanaman *A.annua L.* Selain itu, dilakukan optimasi isolasi dan derivatisasi artemisinin menjadi dihidroartemisinin agar diperoleh produk bahan baku yang ekonomis. PT Indofarma melakukan formulasi obat untuk menghasilkan produk obat malaria generik yang selanjutnya dilakukan uji bioekuivalen untuk mendapatkan produk yang aman dan terapeutik.

Hasil menunjukkan bahwa pemurnian bibit V1, V2 tanaman *A.annua L.* memiliki kestabilan dalam morfologi, genetik, dan produktivitas pada dataran yang lebih rendah dari 1500 m dpl, serta telah dilakukan pembibitan pohon induk di kebun Kalisoro. Hasil transgenik dari Kementan adalah ekspresi adanya gen AaWRKY di tanaman *A.annua L.* serta editing gen SQS melalui metode CRISPER dan ditransformasi ke tanaman *A.annua L.* Peningkatan kadar artemisinin hasil transformasi dengan AaWRKY diperoleh kadar tertinggi 1,34 %, sedangkan dengan metode CRISPR diperoleh kadar tertinggi 1,5 %. Pusat Kimia LIPI telah dapat merakit alat ekstraktor 2 x 5L dan telah melakukan optimasi alat ekstraktor tersebut. Selain itu, LIPI juga merancang alat ekstraktor

untuk penggunaan skala produksi dengan kapasitas 2 x 50 L (skala produksi). Hasil derivatisasi dari artemisinin impor menggunakan metode reaksi dengan natrium borohidrat dan telah dihasilkan DHA sejumlah 100 gr dengan rendemen 80%, dan telah dihasilkan dan dikembangkan alat reaktor skala pilot.

PT Indofarma telah melakukan reformulasi tablet DHP. Hasil reformulasi memenuhi persyaratan kontrol kualitas secara fisik dan kimia, serta UDT (uji disolusi terbanding). Pada tablet DHP yang dihasilkan sedang dilakukan uji Bioavailabilitas Full Study. Hal itu telah didaftarkan paten ke Dirjen HKI, Kemenhukam dengan judul Proses Ekstraksi Artemisinin dari Tanaman *A.annua* L Berbasis Gas HFC-134 A dengan Sistem Tertutup. DHP generik ini diharapkan akan menjamin pemerataan, keterjangkauan, dan ketersediaan obat bagi masyarakat melalui program malaria.

7.6 Kemandirian Alat Kesehatan dan Tantangan yang Dihadapi

Alat kesehatan (alkes) adalah salah satu sarana yang harus dipenuhi fasyankes untuk melakukan pelayanan kesehatan dengan baik. Oleh karena itu, ketersediaan alkes yang mencukupi, baik jenis maupun jumlahnya sangat diperlukan. Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa ketersediaan alkes di puskesmas adalah sebagai berikut: 26,3% puskesmas memiliki kelengkapan alat kesehatan poliklinik umum kurang dari 40% jumlah standar alat poli umum (56 alat) (Kementerian Kesehatan, 2012).

Pemerintah dalam hal ini Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI telah menyusun *roadmap* Rencana Aksi Pengembangan Industri Alat Kesehatan Indonesia 2016–2020 melalui Permenkes No. 17 Tahun 2017 sebagai tindak lanjut Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut, Kementerian Perindustrian telah menetapkan 10 jenis industri alkes prioritas nasional yang dibuat dalam Rencana Induk Pembangunan Industri Nasional (RIPIN 2015–2035). Kesepuluh prioritas jenis industri alat kesehatan tersebut adalah produk *disposable and consumable*; *hospital furniture*; *Implan Ortopedi*; *Electromedical devices*; *Diagnostic instrument*; *PACS (Picture Archiving and Communication System)*; *Software and IT*; *Diagnostics reagents*; *POCT (Point of Care Testing)*, dan radiologi.

RENCANA AKSI PENGEMBANGAN INDUSTRI ALAT KESEHATAN, 2016 - 2035



Sumber: Mewujudkan Akses dan Kemandirian Farmasi dan Alat Kesehatan yang Bermutu 2012 - 2018, Kemenkes 2018

Gambar 7.15

Rencana Aksi Pengembangan Industri Alat Kesehatan, 2016–2035

Acuan alat kesehatan berupa kompendium alat kesehatan merupakan daftar dan spesifikasi alat kesehatan dan bahan medis habis pakai terpilih dengan persyaratan standar spesifikasi minimal keamanan, mutu, dan manfaat untuk digunakan pada fasilitas kesehatan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Kompendium alat kesehatan tahun 2014 memuat 83 alkes elektromedik, 85 alkes nonelektromedik, dan 60 alkes diagnostik *in vitro* (Kementerian Kesehatan, 2018).

Total *e-purchasing* Alat Kesehatan Tahun 2019 adalah 27,4 T dengan proporsi 87% impor dan 13% alat lokal. (LKPP-raker) Belanja alkes sektor pemerintah pada tahun 2016 mencapai 16,9 T. Industri alat kesehatan tumbuh 12% setiap tahun, tetapi 90% alat masih impor (Kementerian Kesehatan, 2018).

7.7 Rekomendasi

1. Mengatur rentang waktu antara penyusunan formularium nasional dan penayangan e-katalog. Fornas diterbitkan dan disosialisasikan dalam waktu yang cukup sehingga dapat menjadi acuan untuk mengendalikan mutu, dan e-katalog menjadi acuan mengendalikan biaya. Selain itu, kesesuaian daftar obat di dalam Fornas dengan e-katalog harus terus ditingkatkan demikian pula kesesuaian antara fornas, e-katalog, dan daftar obat program rujuk balik.

2. Akurasi RKO penting agar ketersediaan obat dapat terjaga di seluruh fasilitas kesehatan yang memerlukannya. Upaya meningkatkan akurasi RKO dapat dilakukan secara teknis melalui perbaikan metode dan format penyusunan RKO serta perbaikan sistem pada proses *e-purchasing*. Selain itu, perlu ada upaya pembinaan kepada dinas kesehatan dan fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta dalam penyusunan RKO, perubahan paradigma anggaran terkait dengan penilaian kinerja, dan peningkatan komitmen satker juga industri terhadap proses pemenuhan kebutuhan obat. Salah satu implementasi praktis dalam menjalankan perbaikan teknis dan pembinaan adalah melalui integrasi dengan sistem *e-monev* (Yuniar Y, 2018).
3. Di rumah sakit perlu penyesuaian penyusunan RKO. RKO disusun berdasarkan kombinasi metode konsumsi dan metode epidemiologi yang dihasilkan dari implementasi Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP), Fornas dan Formularium Rumah Sakit. Penggunaan obat harus berdasarkan standar terapi yang tertuang dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway*/ CP (Hendarwan H., 2018).
4. Memperluas akses *e-purchasing* kepada fasilitas kesehatan swasta yang menyerahkan RKO.
5. Melakukan deteksi dini kekurangan ketersediaan obat yang dapat dimonitor secara *real time*. Hal ini dapat dilakukan dengan pengembangan dan implementasi sistem informasi logistik yang sudah ada, memodifikasi, atau mengintegrasikannya pada skala lokal dan nasional. Sistem informasi ini berfungsi untuk merekam pembelanjaan/penyediaan dan penggunaan obat di instalasi farmasi dan fasilitas kesehatan.
6. Mengevaluasi sistem harga pada e-katalog agar tetap realistis dan menjaga mutu sehingga keberlangsungan suplai obat dan alat kesehatan dapat terjaga. Sistem harga bisa mengacu pada sistem harga internasional.
7. Perlu inovasi dalam penyediaan SDM kesehatan di luar sistem pengadaan konvensional (pengangkatan CPNS, baik honorer maupun tenaga sukarela) (Hendarwan H., 2018). Disediakan SDM kefarmasian yang memadai untuk memberikan pelayanan sesuai dengan standar pada fasilitas kesehatan disertai pengembangan kompetensinya (Yuniar Y., 2017).

8. Optimalisasi sinergisme kolaborasi *Academic-Business-Goverment-Community Colaboration*(ABGC) dalam pengembangan dan produksi bahan baku obat, obat tradisional, dan alat kesehatan dalam negeri
9. Memberikan peluang dan kemudahan regulasi untuk produk dalam negeri agar dapat bersaing dengan produk lain dan bisa dimasukkan dalam e-katalog

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, R.S.. 2020. "Studi Penggunaan Obat di Rumah Sakit dan Klinik". Diseminasi Rifaskes 2019. Jakarta 30 Januari 2020.
- Hendarwan, H., Yuniar, Y., & Despitasari, M. 2018. *Harapan, Kenyataan, dan Solusi JKN dalam Rangkaian Diskusi Panel Indonesia Healthcare Forum*: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan 2011: Puskesmas, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016."Laporan Survei Indikator Kesehatan Nasional 2016".
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. "Mewujudkan Akses dan Kemandirian Farmasi dan Alat Kesehatan yang Bermutu 2012–2018 ". Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Dinas Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Puskesmas
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Fasilitas Kesehatan Lainnya.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Rumah Sakit.
- PADK. 2017. *Upaya Mencapai Keseimbangan Harga dan Pemerataan Distribusi Guna Menjamin Ketersediaan Obat di Indonesia*.
- Sistem Kebijakan Melalui Katalog Elektronik, Paparan LKPP dalam Raker Badan Litbangkes, Depok 2 Maret 2020.
- Susyanty, A., Handayani, R., Syaripuddin, M., dan Yuniar, Y. 2014. Sistem Manajemen dan Persediaan Vaksin di Dua Provinsi Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 42, 24.

TNP2K. 2018. *Jaminan Kesehatan Nasional: Temuan Tingkat Nasional*. Jakarta.

Yuniar, Y. 2017. *Distribusi, Ketersediaan serta Pelayanan Obat dan Vaksin dalam Menghadapi Jaminan Kesehatan Semesta 2019*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes.



BAB 8
ANALISIS PEMBIAYAAN
KESEHATAN DI ERA
JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL



BAB 8

Analisis Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional

Tri Juni Angkasawati, Hendrianto Trisnowibowo, dan Tita Rosita

8.1 Pendahuluan

Sistem kesehatan nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945. Dalam penyelenggaraannya SKN dibagi ke dalam beberapa subsistem. Salah satunya adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Yang dimaksud dengan subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya

Tujuan adanya subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata sesuai dengan peruntukannya, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna.

Unsur-unsur yang terdapat dalam pembiayaan kesehatan, pertama adalah dana yang didapat dari berbagai sumber, yaitu pemerintah, pemerintah daerah, baik dari sektor kesehatan maupun sektor lain terkait, dari masyarakat, swasta, dan sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pembangunan kesehatan. Perlu diingat bahwa dana yang didapat harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggunggugatkan. Kedua adalah sumber daya meliputi sumber daya manusia pengelola, sarana, standar, regulasi, dan kelembagaan yang terlibat dalam upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan. Terakhir adalah cara pengelolaan dana kesehatan yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian, dan

pembelanaan kesehatan serta mekanisme pertanggungjawabannya. Hal tersebut harus berdasarkan aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik itu oleh pemerintah, pemerintah daerah secara lintas sektor, swasta, dan masyarakat.

Prinsip dasar pembangunan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas terdiri atas perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat.

Alternatif cara pembiayaan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. *user fee* (tarif),
- b. *tax based*,
- c. *ear marked tax*,
- d. *social health insurance*,
- e. *loan* (*soft, moderate, hard loan*),
- f. *grant*,
- g. *corporate social responsibility* (CSR),
- h. *charity*, dan
- i. *community health financing* (dana sehat).

Masalah pembiayaan kesehatan di Indonesia sangat menarik untuk dikaji lebih lanjut, khususnya beberapa alasan terkait dengan pentingnya masalah pembiayaan kesehatan: (1) sektor kesehatan merupakan salah satu indikator penilaian indeks pembangunan manusia atau HDI (*human development indeks*), (2) makin bertambahnya jumlah penduduk Indonesia yang ikut berkontribusi pada meningkatnya dana yang diperlukan dalam pembiayaan sektor kesehatan dalam pembangunan, (3) pola pembiayaan yang lebih mengarah pada pola kuratif/rehabilitatif dan kurang memperhatikan preventif/promotif, (4) pengalokasian anggaran kesehatan lebih banyak mengarah pada upaya kesehatan perseorangan (UKP) daripada UKM, (5) bertambahnya jumlah penduduk miskin dari waktu ke waktu mengharuskan negara membuat kebijakan pembiayaan kesehatan yang bisa dinikmati oleh seluruh warga negara tanpa terkecuali, (6) besaran anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan, baik pemerintah maupun sumbangan sektor swasta yang masih kecil, dan (7) tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan

(fungsionalisasi) anggaran yang ada, di Indonesia proporsi anggaran pembangunan kesehatan tidak pernah mencapai angka dua digit jika dibanding dengan total APBN/APBD. Jaminan kesehatan Nasional (JKN) yang diamanatkan dalam UU No 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diharapkan menjadi salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan pembiayaan kesehatan di Indonesia yang semakin meningkat.

Sejak 1 Januari 2014 telah diberlakukan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), yang merupakan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/iurannya. Iuran itu dibayar oleh pemerintah. Jadi, jika dikaitkan dengan mekanisme pembiayaan kesehatan yang ada dalam sistem kesehatan nasional, dengan adanya jaminan kesehatan nasional/JKN ini, pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan dan berkelanjutan, serta merata untuk seluruh rakyat Indonesia, dan diharapkan dapat menjamin pelayanan kesehatan yang memadai, terjangkau, kapan saja, dan di mana saja. JKN juga mengubah sistem pembiayaan kesehatan yang semula didominasi masyarakat yang menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (*out of pocket*) menjadi pembayaran dengan sistem pre payment dengan besaran premi tetap sehingga hal ini sesuai dengan salah satu prinsip pada JKN, yaitu asas gotong royong oleh keseluruhan peserta dan tidak memberatkan perseorangan.

8.2 Total Health Expenditure (THE)

Total Health Expenditure adalah semua pengeluaran kesehatan yang terdiri atas pengeluaran kesehatan dan pengeluaran terkait dengan kesehatan. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kesehatan, terlepas dari fungsi atau aktivitas utama entitas yang menyediakan atau membayar layanan kesehatan terkait. Hal itu meliputi perawatan medis, pencegahan, promosi, rehabilitasi, kegiatan kesehatan masyarakat, administrasi, regulasi kesehatan, dan pembentukan modal termasuk juga pengeluaran untuk fungsi yang berhubungan dengan kesehatan, seperti medis pendidikan dan pelatihan dan penelitian dan pengembangan.

National Health Account (NHA) mengumpulkan pengeluaran informasi dalam kerangka kerja yang diakui secara internasional sekaligus dapat dibandingkan antarnegara merupakan sumber yang dianggap paling komprehensif dan data konsisten tentang pembiayaan kesehatan. NHA melacak arus dana kesehatan secara sistematis dan komprehensif dalam sistem kesehatan suatu negara/wilayah dalam satu tahun tertentu saat mengalir dari sumber yang menyediakan dana kepada agen yang memutuskan penggunaan dana untuk penyedia dan penerima manfaat pelayanan kesehatan.

National Health Account (NHA) dikembangkan untuk mendapatkan informasi tentang alur pendanaan kesehatan yang dimulai dari sumber pendanaan kesehatan di suatu negara sampai dengan bagaimana biaya tersebut ditujukan. Hal ini dimaksudkan agar pengeluaran jumlah biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan secara nasional dapat dimanfaatkan secara efektif kepada sasaran dan efisien dalam pengalokasiannya, serta dimungkinkannya adanya mobilisasi dana dari sumber yang potensial dikembangkan. Informasi pada tingkat nasional disebut dengan *National Health Account* (NHA), pada tingkat provinsi adalah *Provincial Health Account* (PHA), dan pada tingkat kabupaten/kota adalah *District Health Account* (DHA).

Salah satu pentingnya NHA adalah dapat menggambarkan skema keuangan dan pemanfaatan total pengeluaran kesehatan seperti terlihat di bawah ini.

Tabel 8.1
Pembiayaan Kesehatan Indonesia Tahun 2010–2016

Financing Schemes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Public schemes	61,3	73,1	87,0	105,8	131,0	164,2	201,5
Ministry of Health	9,3	10,2	12,3	14,4	15,1	19,9	22,7
Others Ministries	6,0	6,5	6,5	8,3	7,8	8,5	9,0
Provincial Government	6,6	10,6	12,3	14,2	14,3	17,1	23,0
District Government	27,8	31,3	38,4	44,9	46,4	57,2	75,2
Social Security	11,5	14,7	17,4	24,1	47,3	61,5	71,6
Non-Public schemes	149,9	167,7	174,0	192,6	210,9	205,3	212,5
Private insurance	7,0	6,8	8,3	9,7	10,2	10,5	13,4
NPISH	1,7	1,9	2,0	2,1	2,3	3,4	4,2
Corporations (Parastatal & Pvt companies)	25,4	27,4	30,7	41,3	58,4	50,6	50,1
OOP	115,8	131,7	133,0	139,4	140,1	140,8	144,7
Total Health Expenditures/ THE	149,9	167,7	174,0	192,6	210,9	205,3	212,5
THE as share of GDP	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%	3,2%	3,2%	3,3%
THE per capita	886 ribu	995 ribu	1,1 Juta	1,2 Juta	1,4 Juta	1,4 Juta	1,6 Juta

Sumber : Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kemenkes RI

Secara umum THE terdiri atas belanja publik dan belanja nonpublik. Pada tahun 2010 total belanja kesehatan masih didominasi oleh belanja nonpublik sebesar 71% dengan komponen belanja tertinggi berasal dari *out of pocket* (OOP) sebesar 54%. Sampai dengan tahun 2013 tidak terjadi banyak perubahan belanja nonpublik sekitar 65% dan masih didominasi oleh OOP sebesar 47%. Pada tahun 2014 mulai berlaku Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Hal itu dapat kita lihat dari tabel tersebut mulai terjadi perubahan bahwa belanja publik mulai

meningkat 38% dan menjadi 48% pada tahun 2016, sedangkan belanja nonpublik menurun menjadi 61% dan menjadi 51% pada tahun 2016 dengan komponen OOP turun drastis menjadi 35%.

Dari hasil di atas juga terlihat bahwa total belanja kesehatan Indonesia meningkat terus dari tahun 2010, bahkan sampai dua kali lipat pada tahun 2016. Akan tetapi, apabila dibandingkan dengan total APBN, proporsinya ada di kisaran angka 3,0%–3,3% dari APBN. Sejak tahun 2018 pemerintah meningkatkan anggaran kesehatan menjadi 5% dari total APBN.

Total belanja kesehatan apabila dibagi dengan seluruh jumlah penduduk Indonesia, akan dapat diperoleh informasi belanja kesehatan per kapita, yang cenderung meningkat sejak tahun 2010–2016. Terdapat fenomena yang cukup menarik untuk dilakukan analisis lebih lanjut, yaitu nilai belanja kesehatan untuk *social security* yang meningkat tajam sampai hampir 7 kali lipat. Namun, kenaikan tersebut tidak cukup mampu untuk menurunkan OOP yang juga naik terus sejak tahun 2010 meskipun secara proporsional terhadap total belanja kesehatan menurun.

Sumber pembiayaan pemerintah meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. Anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN) merupakan rencana keuangan negara pemerintah pusat dalam satu tahun yang terdiri atas 18 pendapatan negara dan hibah, belanja negara, keseimbangan primer, surplus/defisit anggaran, dan pembiayaan. APBN mempunyai fungsi otorisasi, perencanaan, pengawasan, alokasi, distribusi, dan stabilisasi. Semua penerimaan yang menjadi hak dan pengeluaran yang menjadi kewajiban negara dalam suatu tahun anggaran harus dimasukkan dalam APBN. Surplus penerimaan negara dapat digunakan untuk membiayai pengeluaran negara tahun anggaran berikutnya.

Anggaran kesehatan yang berasal dari pemerintah pusat (APBN) dan penyaluran ke kabupaten/kota dilakukan mengikuti kebijakan desentralisasi sesuai dengan UU No. 33 Tahun 2004 tentang

Desentralisasi. APBN yang diberikan kepada pemerintah daerah berupa (1) Dana Perimbangan, terdiri atas Dana bagi Hasil, Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK); (2) Dana Otonomi Khusus; (3) Dana Penyesuaian.

2. Anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) merupakan anggaran pendapatan dan belanja daerah dalam satu tahun. Komponen APBD meliputi (1) pendapatan daerah, penerimaan keuangan daerah melalui kas daerah selama 1 tahun; (2) belanja daerah, pengeluaran daerah dalam 1 tahun; (3) pembiayaan, keuangan untuk menutup defisit anggaran atau untuk memanfaatkan surplus anggaran. APBD Kabupaten/Kota terdiri atas (1) Dana Perimbangan, antara lain Dana bagi Hasil (DBH); Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK); (2) Pendapatan Asli Daerah (PAD).

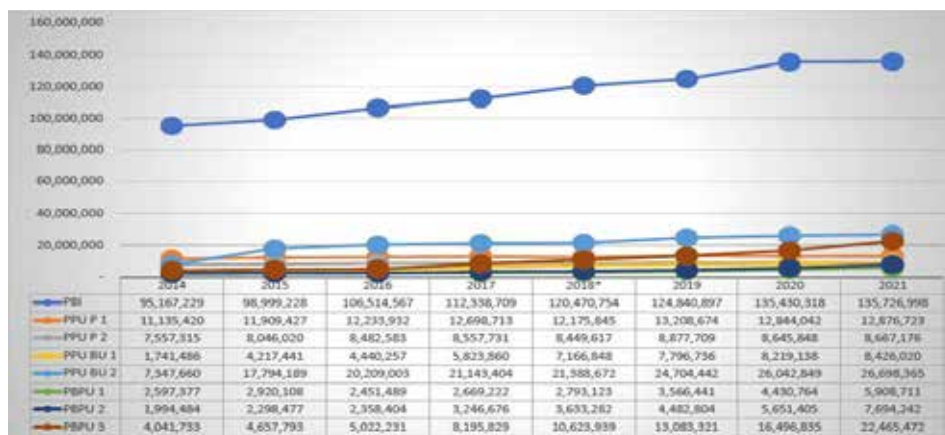
8.3 Jaminan Kesehatan Nasional

Untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 dengan target bahwa kepesertaan semesta akan tercapai dalam jangka waktu lima tahun. Artinya, setiap individu wajib menjadi peserta dan terlindungi dalam program JKN yang bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu, dan merata bagi seluruh penduduk. Pengelola program JKN ini adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Sebelum diberlakukannya JKN pada awal tahun 2014, Indonesia mempunyai empat kelompok besar jaminan kesehatan yang dikelola oleh Pemerintah, baik di tingkat pusat maupun di daerah, yaitu Jamkesmas, Jamkesda, Askes, dan JPK Jamsostek. Kelompok jaminan kesehatan ini mempunyai variasi dalam paket manfaat yang dijamin, besarnya iuran yang harus dibayarkan dan sistem pembayaran iurannya.

Sesuai dengan amanat UU SJSN, jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar (Pasal 19 ayat 2). Seluruh penduduk harus memperoleh jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Jika mengacu kepada pasal tersebut, paket manfaat ideal yang sesuai dengan amanat UU SJSN adalah paket manfaat yang komprehensif yang menjamin pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis untuk semua jenis penyakit

Berkaitan dengan itu, sejak 2014 BPJS Kesehatan telah beroperasi dan menjelma menjadi “single payer” bahkan “The biggest single payer in the world dengan peserta terbanyak” karena mengintegrasikan kepesertaan dari eks PT Askes, eks Jamsostek, eks TNI, eks Polri, dan eks Jamkesmas dalam satu badan penyelenggara. Hal itu dilakukan untuk mencapai JKN paket manfaat yang komprehensif yang menjamin pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis untuk semua jenis penyakit. Peningkatan kepesertaan terlihat pada gambar di bawah ini.



Sumber : BPJS Kesehatan

Keterangan: 2014-2018 peserta aktif, 2019-2021 proyeksi

Gambar 8.1
Tren Peningkatan Kepesertaan BPJS tahun 2014–2021

Paket manfaat yang dijamin dan kebutuhan dananya sangat berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Prinsip dasar pengembangan paket manfaat adalah menjamin pelayanan yang dapat dijalankan sesuai dengan apa yang telah dijanjikan dan mengacu pada standar kualitas layanan yang disepakati. Luasnya paket manfaat yang berlaku nasional dan estimasi iuran yang harus dibayar serta analisis dampak fiskal keuangan menjadi masukan penting untuk *sustainability* program ini ditambah dengan makin meningkatnya peserta.

Dengan meningkatnya jumlah peserta BPJS Kesehatan, akan meningkat pula penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, baik tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 8.2
Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2014–2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Kunjungan di FKTP (Puskesmas/Dokter Praktik Perorangan/ Klinik Pratama)	66,8 Juta	100,6 Juta	120,9 Juta	150,3 Juta	147,4 Juta
Kunjungan di Poliklinik Rawat Jalan RS	21,3 Juta	39,8 Juta	49,3 Juta	64,4 Juta	76,7 Juta
Kasus Rawat Inap RS	4,2 Juta	6,3 Juta	7,6 Juta	8,7 Juta	9,6 Juta
Total Pemanfaatan	92,3 Juta	146,7 Juta	177,8 Juta	223,4 Juta	233,7 Juta
	Total Peserta thn 2014: 133,4 juta	Total Peserta thn 2015: 156,79 juta	Total Peserta thn 2016: 171,9 juta	Total Peserta thn 2017: 187,9 juta	Total Peserta thn 2018: 208,0 juta

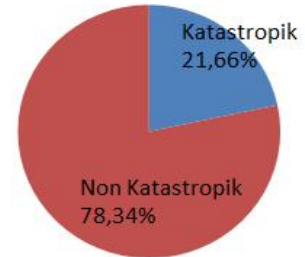
Sumber: LPP Jamsoskes

Dalam pelaksanaan JKN, reformasi tidak hanya dilakukan dalam aspek hukum dan pelayanan kesehatan, tetapi juga dilaksanakan dalam sistem pembayaran ke fasilitas kesehatan, baik di tingkat pertama maupun di tingkat lanjut. Untuk pembayaran ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), reformasi dilakukan dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi dan nonkapitasi di Puskesmas Non-BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), seperti diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah (Non-BLUD). Pembayaran pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut menggunakan model pembayaran INA-CBGs dan luar paket INA-CBGs (LUPIS). Model pembayaran INA-CBGs adalah besarnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif INA-CBG dibentuk dan dikeluarkan oleh sebuah tim yang disebut *National Casemix Center* (NCC) di bawah Kemenkes. Setiap tahun NCC mengumpulkan dan mengolah data dari rumah sakit dan program Jamkesmas guna menghasilkan dan memperbaiki metode penghitungan tarifnya.

Dari total pemanfaatan pelayanan kesehatan dan sistem pembayaran terhadap *provider* yang berlaku, terdapat beberapa jenis penyakit yang menyedot biaya besar dan menjadi beban besar dalam pelayanan kesehatan dan dikenal sebagai penyakit katastropik. Semuanya didominasi oleh penyakit tidak menular sebagaimana di bawah ini.

Tabel 8.3
Biaya Pelayanan Kesehatan Penyakit Katastropik 2018–2019

KATASTROPIK	2018		s.d. Mei 2019	
	Biaya	%	Biaya	%
JANTUNG	10,545,485,639,809	51.62%	5,067,273,137,494	50.28%
GAGAL GINJAL	2,395,347,020,362	11.72%	1,176,321,403,724	11.67%
KANKER	3,406,308,675,470	16.67%	1,803,300,499,835	17.89%
STROKE	2,565,601,469,065	12.56%	1,245,359,083,365	12.36%
THALASSAEMIA	490,997,712,556	2.40%	249,993,058,436	2.48%
CIRRHOSIS HEPATIS	334,220,059,770	1.64%	161,375,332,390	1.60%
LEUKAEMIA	333,326,835,880	1.63%	186,449,964,130	1.85%
HAEMOPHILIA	358,121,722,285	1.75%	188,828,353,823	1.87%
TOTAL KATASTROPIK	20,429,409,135,197		10,078,900,833,197	
Total Biaya Pelkes	94,297,340,885,513		45,932,182,331,665	
% Katas terhadap biaya pelkes		21.66%		21.94%



Sumber: BPJS Kesehatan

Dari tabel di atas dapat dikatakan bahwa Rp20,4 triliun atau 21,66% beban biaya JKN terserap untuk biaya penyakit katastropik, bukan tidak mungkin beban biaya akan makin meningkat seiring dengan meningkatnya *trend* penyakit tidak menular sebagaimana dilaporkan oleh Badan Litbangkes dalam Laporan *Burden of Disease* (BOD). Upaya khusus dan inovasi sangat diperlukan untuk menanggulangi dan mencegah meluasnya penyakit tidak menular.

Pembiayaan kesehatan penyakit katastropik yang begitu tinggi diduga merupakan salah satu penyebab terjadinya defisit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Menteri Keuangan, Sri Mulyani Indrawati, saat menghadiri rapat kerja di Gedung DPR, Jakarta, Rabu (21/8/2019) membeberkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah mengalami defisit sejak 2014. Tabel di bawah menunjukkan makin meningkatnya defisit.

Tabel 8.4
Defisit Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tahun 2014–2019

Tahun	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Defisit (Rp)	Rp1,9 Triliun	Rp9,4 Triliun	Rp6,7 Triliun	Rp13,8 Triliun	Rp19,4 Triliun	Rp32 Triliun

Wakil Menteri Keuangan, Mardiasmo, dalam diskusi Forum Merdeka Barat di Gedung Kominfo, Jakarta, Senin (7/10/2019) mengatakan bahwa sebetulnya yang membuat *bleeding* itu PBPU yang jumlahnya 32 juta. Ada dua jenis PBPU yang jelita dan jelata. Saat ini hanya 50% dari total peserta PBPU yang taat membayar iuran. Sementara itu, sisanya hanya mendaftar BPJS saat membutuhkan layanan atau sakit. Pada saat mendaftar itu, biaya penyakit yang dialami biasanya mahal sehingga membuat BPJS defisit.

Kesehatan yang lebih baik tidak harus menunggu perekonomian membaik. Langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi beban penyakit, antara lain, menyediakan masa kanak-kanak yang lebih sehat dan meningkatkan harapan hidup. Hal tersebut dengan sendirinya akan berkontribusi dalam menciptakan ekonomi yang lebih baik (Bloom and Canning, 2005).

Komisi Lancet yang terbaru dalam bidang investasi kesehatan (Jamison, et al., 2013) memperkirakan bahwa sampai dengan 24 persen pertumbuhan ekonomi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah disebabkan oleh keluaran kesehatan yang lebih baik. Hasil penelitian tersebut berpotensi signifikan. Komisi menyimpulkan bahwa investasi pada bidang kesehatan menghasilkan 9–20 kali lipat keuntungan investasi (peta jalan JKN).

8.4 District Health Expenditure

Setelah desentralisasi, pemerintah kabupaten/kota lebih dominan dalam pengeluaran belanja kesehatan. Dengan diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang berbentuk Jaminan Kesehatan Nasional 2014, kebutuhan akan penghitungan pembiayaan kesehatan

di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota makin penting dan nyata. Penghitungan pembiayaan kesehatan, baik di tingkat nasional (*National Health Account*), provinsi (*Provincial Health Account*) maupun di kabupaten/kota (*District Health Account*) merupakan salah satu pendekatan perencanaan berbasis bukti (*evidence based health financing*) yang perencanaan pembiayaan kesehatan pada tahun yang akan datang telah direncanakan berdasarkan bukti dan analisis pengeluaran kesehatan terkini.

Hasil Riset Pembiayaan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, tahun 2015 menunjukkan hal sebagai berikut. :

1. Pendapatan per kapita penduduk sangat bervariasi. Secara nasional, pendapatan per kapita adalah rata-rata Rp3.181.914,00, terendah di regional Maluku-Maluku Utara sebesar Rp988.762,00, dan tertinggi di regional Kalimantan Rp10.636.250,00.
2. Secara nasional, APBD kabupaten/kota tahun 2013–2014 meningkat 27,8% dan PAD meningkat 35,38%. APBD kabupaten/kota yang terendah di regional NTB-NTT dan tertinggi di regional Jawa-Bali demikian pula dengan PAD nya. Besar PAD terhadap APBD kabupaten/kota sebesar 33,53% tahun 2013 dan 35,50% tahun 2014.
3. Jumlah pembiayaan kesehatan juga bervariasi, per kabupaten/kota di Indonesia sebanyak Rp27,69 miliar tahun 2013 dan Rp36,54 miliar tahun 2014. Alokasi pembiayaan kesehatan terendah di Kalimantan dan tertinggi di regional Sumatra.
4. Program yang terbanyak memperoleh alokasi pembiayaan antarregional sangat berbeda dan secara nasional program yang memperoleh alokasi pembiayaan terbesar adalah program pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana serta prasarana puskesmas/puskesmas pembantu dan jaringannya dan yang terendah adalah program Kesehatan dan Keselamatan Kerja.
5. Alokasi pembiayaan menurut jenis pembiayaannya tertinggi adalah biaya operasional (62,84%), biaya modal (31,86%), dan terendah biaya pemeliharaan (5,30%).
6. Biaya aktivitas per frekuensi yang tertinggi per dinas kesehatan kabupaten/kota adalah program peningkatan kemitraan pelayanan kesehatan dengan 9 aktivitas (Rp2,2 miliar), program perbaikan gizi masyarakat dengan 25 aktivitas (Rp1,3 miliar) dan program

pengembangan lingkungan sehat dengan 22 aktivitas (Rp1,4 miliar), sedangkan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (Rp9,7 miliar) serta perbaikan sarana dan prasarana RS/RSK/RSJ/RSM (Rp5,9 miliar).

7. Tiga biaya aktivitas per frekuensi yang terendah per dinas kesehatan kabupaten/kota adalah program PHN dengan 1 aktivitas (Rp1,2 juta), program kesehatan mata dengan 1 aktivitas (Rp7,8 juta) serta program kesehatan dan keselamatan kerja dengan 1 aktivitas (Rp9,2 juta).
8. Hasil analisis kebijakan menunjukkan bahwa pelaksanaan anggaran di dinas kesehatan kabupaten/kota selalu mengikuti aturan yang telah ditetapkan. Prioritas mengacu pada RPJMD dan renstra kabupaten/kota dan alokasi anggaran didasarkan pada DPA serta diperbaiki dengan DPPA. Fleksibilitas penganggaran masih kurang karena mekanisme keuangan daerah masih rigid dan rumit. Advokasi anggaran dilakukan pada saat musrenbang tingkat provinsi dan musrenbang tingkat kabupaten/kota. Alokasi anggaran 10% dari APBD (di luar gaji) belum dilaksanakan sepenuhnya karena keterbatasan APBD

Terdapat beberapa permasalahan yang menyangkut aspek perencanaan anggaran, pengelolaan anggaran, dan revisi DPA menjadi DPPA serta masalah dokumen pencairan dana. Kebijakan dinas kesehatan kabupaten/kota dilakukan dalam kaitannya dengan penetapan anggaran, pelaksanaan, perbedaan antara anggaran dan realisasinya, serta analisis terjadinya perbedaan tersebut.

8.5 Pembiayaan pada Fasilitas Kesehatan

8.5.1 Pembiayaan di Puskesmas

Hasil Riset Pembiayaan Kesehatan di FKTP Tahun 2015 menunjukkan bahwa tiga sumber pembiayaan kesehatan di puskesmas terbesar adalah DAU, PAD, dan DAK, sedangkan dana dekonsentrasi menurun cukup besar tahun 2013 ke tahun 2014. Alokasi pembiayaan menurut pelayanan kesehatan terbesar adalah pada pelayanan administrasi (53,97%), promotif-preventif (10,82%), kuratif-rehabilitatif (10,69%), dan sisanya lain-lain (24,51%).

Salah satu perubahan yang terjadi setelah pelaksanaan JKN adalah adanya perubahan dalam sistem pembayaran kesehatan, baik untuk fasilitas pelayanan tingkat pertama maupun tingkat lanjut. Sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 39, disebutkan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar. Selain itu, untuk pelayanan tertentu, puskesmas juga menerima dana nonkapitasi dari BPJS.

Dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar di muka kepada FKTP oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif nonkapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Contohnya adalah pelayanan ambulans, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik, dan pelayanan penapisan (*screening*) kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim, rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis, jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, dan pelayanan keluarga berencana di FKTP.

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mendukung operasional puskesmas dalam rangka mempercepat pencapaian target program prioritas kesehatan khususnya kegiatan promotif preventif sebagai bagian dari upaya kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2016). Melalui dana BOK tersebut diharapkan kinerja puskesmas menjadi lebih baik sehingga standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota yang merupakan indikator kinerja pemerintah daerah dapat tercapai.

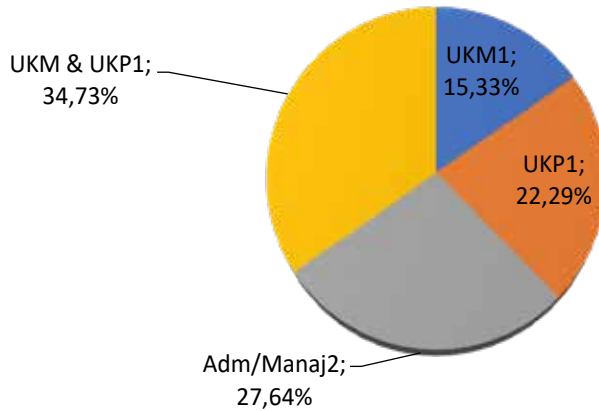
Pengelolaan anggaran yang baik dan adekuat akan dapat menunjang kinerja puskesmas sehingga dapat lebih optimal lagi dalam memberikan pelayanan kesehatan, baik UKM maupun UKP.

8.5.2 Pembiayaan UKM versus UKP

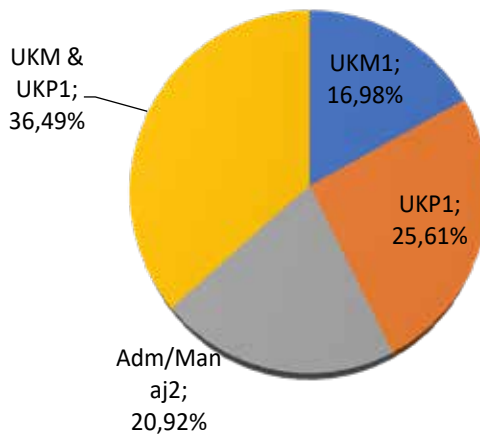
Upaya kesehatan masyarakat (UKM) merupakan pelayanan kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat. Program UKM lebih bersifat promotif, preventif, diagnosis dini, dan pengobatan segera. Program UKM mempunyai eksternalitas yang besar sehingga negara harus hadir, misalnya, dalam bentuk regulasi dan subsidi. Eksternalitas menurut Feldstein terjadi bila tindakan yang dilakukan oleh seseorang memiliki efek sekunder pada orang lain, yang mungkin menguntungkan atau tidak menguntungkan. Dalam hal penyakit contohnya jika mengidap penyakit menular, seseorang akan memengaruhi lingkungan atau kondisi masyarakat sekitar karena dapat menularkan penyakit. Pelaksanaannya harus menggerakkan mesin birokrasi dan mesin sosial. Mekanisme pembiayaan program UKM sulit, baik melalui mekanisme tarif maupun mekanisme asuransi. Program ini bergantung pada pembiayaan pemerintah (*tax based*).

Upaya kesehatan perseorangan (UKP) merupakan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Pembiayaan jaminan kesehatan perseorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *Universal Health Coverage* sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan, yaitu berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Hasil Riset Pembiayaan Kesehatan di FKTP Tahun 2015 menunjukkan pembiayaan untuk upaya kesehatan di puskesmas terbesar adalah untuk administrasi/manajemen (33,9%), UKM (25,2%), UKP (21,1%), serta terendah UKP dan UKM (19,8%). Hasil riset tersebut juga memperlihatkan gambaran penggunaan anggaran untuk kabupaten kota sebagaimana tersebut di bawah ini.



Gambar 8.2
Penggunaan Anggaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Menurut Jenis Upaya Pelayanan Kesehatan Tahun 2013



Gambar 8.3
Penggunaan Anggaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Menurut Jenis Upaya Pelayanan Kesehatan Tahun 2014

Hasil Riset Pembiayaan Kesehatan di FKTP Tahun 2015 menunjukkan pembiayaan untuk upaya kesehatan di dinas kesehatan kabupaten/kota menurun untuk administrasi/manajemen dan mengalami peningkatan untuk UKM UKP dan terendah UKP/UKM.

Sampai dengan saat ini belum pernah dilakukan upaya penghitungan unit cost untuk pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan masyarakat. Hal itu berbeda dengan penghitungan unit *cost* pada upaya kesehatan perseorangan yang sudah banyak sekali dilakukan dengan berbagai macam metode. Dengan demikian, perlu dilakukan penghitungan unit cost untuk upaya kesehatan masyarakat sehingga dapat diperkirakan biaya yang diperlukan untuk kegiatan tersebut.

Pada saat ini anggaran yang secara khusus digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif hanya bersumber pada Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dari pusat melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus nonfisik.

8.5.3 Pembiayaan di Rumah Sakit

Terdapat 5 metode pembayaran rumah sakit, yaitu *line item budgets*, *fee for service*, *per diem*, *case based*, dan anggaran global (*global budget*). Metode pembayaran rumah sakit yang biasa digunakan adalah pembiayaan berdasarkan pelayanan yang diberikan (*fee for service*), anggaran global, dan yang terakhir diperkenalkan adalah sistem pembiayaan dengan menggunakan sistem berbasis DRG (*Diagnosis Related Group*) atau disebut juga *case based group*.

Terkait dengan fasilitas pelayanan tingkat lanjut, sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 39 disebutkan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut berdasarkan *Indonesia Case Based Groups* (INA CBG's). Sebelumnya, sudah sejak lama rumah sakit di Indonesia menerapkan sistem pembayaran *fee for service*. Dengan diberlakukannya hal tersebut, terjadi perubahan pola

pembayaran di rumah sakit yang semula menggunakan sistem *fee for service* menjadi *prospective payment system* berdasarkan paket pembayaran INA CGB's.

Fee for service merupakan sistem pembayaran bersifat retrospektif, yaitu pembayarandiberikan setelah semua pelayanan kesehatan diberikan, kemudian ditetapkan jumlah besaran biaya yang harus dibayar oleh pasien. Pihak pemberi pelayanan rumah sakit dapat dengan leluasa menentukan tarif pelayanan sesuai dengan kebijakan masing-masing. Dalam sistem ini, pihak rumah sakit akan memerinci setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien, seperti biaya pelayanan jasa medis, obat, bahan habis pakai, dan pemeriksaan penunjang medis lainnya.

Pembayaran dengan sistem grup mulai diperkenalkan pada tahun 1990-an di berbagai negara secara bertahap dengan nama *Diagnosis Related Groups* (DRG), yang merupakan sistem pembayaran kepada rumah sakit yang bersifat prospektif. DRG adalah pengklasifikasian penyakit berdasarkan persamaan aspek klinik dan kebutuhan sumber daya yang diperlukan oleh rumah sakit selama perawatan yang diperlukan oleh suatu penyakit. Tujuan awal dikembangkannya sistem DRG ini adalah untuk memfasilitasi pihak manajemen rumah sakit dalam menyediakan sistem yang dapat mengukur dan mengevaluasi kinerja rumah sakit (Fetter, Brand, dan Gamache, 1991).

Salah satu keuntungan pembayaran dengan sistem DRG adalah meningkatnya efisiensi rumah sakit, transparansi, dan berkurangnya rata-rata lama hari rawat pasien (Mihailovic dkk., 2016). Sementara itu, di China, reformasi dalam sistem pelayanan kesehatan secara signifikan dapat mengurangi total biaya perawatan dan biaya obat-obatan pada pasien di rumah sakit percontohan. Dengan munculnya UHC, biaya asuransi kesehatan akan menjadi sumber keuangan yang utama dalam institusi kesehatan. Diperlukan pengawasan jangka panjang dari pemerintah terhadap perilaku provider untuk mencegah terjadinya peningkatan biaya medis yang tidak masuk akal (Yang dkk., 2016)

Di Indonesia sistem pembayaran dengan sistem DRG sudah mulai dikembangkan sejak tahun 2006, selanjutnya ditetapkan pada tahun 2007 melalui Kepmenkes RI Nomor 1161/Menkes/SK/X/2007 tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit berdasarkan *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). Sistem pembayaran ini dimaksudkan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan sistem pembayaran yang efektif dan efisien.

Perubahan pola pembayaran di rumah sakit dengan tarif INA-CBG's menimbulkan gejala dan reaksi yang beragam, baik dari pihak manajemen rumah sakit maupun petugas medis saat implementasi di lapangan. Pada awal pelaksanaannya, banyak pihak menganggap tarif INA-CBG's lebih rendah dari tarif rumah sakit sehingga menimbulkan kerugian pada rumah sakit. Untuk mengatasi hal tersebut, diperlukan strategi dalam meningkatkan kinerja internal rumah sakit secara menyeluruh. Tujuan utamanya adalah untuk dapat meminimalkan *cost*, merasionalisasi *waste*, serta meningkatkan efektivitas dan efisiensi *business process* tanpa mengabaikan *clinical pathway* yang mengacu pada standar pelayanan profesi.

Hasil Riset Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Tahun 2016 menunjukkan bahwa sumber utama pembiayaan pasien rawat jalan dan rawat inap di RS berasal dari asuransi, yaitu lebih dari 50% dari BPJS dan akan meningkat menjadi 70% apabila digabung dengan Jamkesda. Berdasarkan gambaran tersebut, dapat dikatakan bahwa sumber utama pembiayaan kesehatan di rumah sakit berasal dari praupaya meskipun masih ada jenis pembiayaan kesehatan yang lain (Handayani, 2016).

Riset yang sama menunjukkan besaran biaya rawat inap yang ditanggung BPJS 61,13% dan Jamkesda 18,05%; rawat jalan ditanggung BPJS sebesar 62,03% dan Jamkesda 10,84%. Biaya laboratorium ditanggung BPJS sebesar 58,95% dan Jamkesda 14,66%. Radiologi ditanggung BPJS sebesar 53,0% dan 14,2% oleh Jamkesda.

Pembiayaan pengobatan melalui pasien umum cukup besar, yaitu 18,12% untuk rawat inap dan 20,04% untuk rawat jalan, sedangkan biaya yang ditanggung oleh asuransi lain dan perusahaan tidak terlalu besar, hanya berkisar 2%. Masih dijumpai pasien yang gratis sekitar pada kisaran 1%.

Informasi yang dapat digunakan untuk menilai kinerja internal rumah sakit salah satunya dengan pengukuran kinerja keuangan. Pengukuran kinerja keuangan merupakan suatu usaha formal untuk mengevaluasi efisiensi dan efektivitas perusahaan dalam menghasilkan laba dan posisi kas tertentu. Dengan mengukur kinerja keuangan, dapat dilihat bagaimana prospek pertumbuhan dan perkembangan keuangan perusahaan dengan menggunakan sumber daya yang dimilikinya (Heri, 2016). Analisis kinerja keuangan dapat menggambarkan perubahan-perubahan yang terjadi sebagai akibat implementasi suatu kebijakan dalam suatu organisasi, dalam hal ini rumah sakit.

Wijayani pada tahun 2016 melakukan penelitian mengenai dampak implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap kinerja keuangan di 31 rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan yang terdiri atas 26 rumah sakit tipe A dan 5 rumah sakit tipe B. Setelah implementasi JKN, terjadi kenaikan pendapatan khususnya pendapatan layanan, penurunan drastis pada masa penagihan piutang, dan peningkatan likuiditas di 31 rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan. Implementasi JKN tidak menurunkan kinerja rumah sakit umum vertikal Kementerian Kesehatan.

Rosita 2017 melakukan penelitian mengenai implikasi pelaksanaan JKN terhadap kinerja keuangan yang meliputi aspek likuiditas, aktivitas, solvabilitas, dan kemandirian daerah serta *base rate* rumah sakit umum daerah tipe C di Jawa Barat dalam periode 2012–2015. Setelah pelaksanaan JKN, terdapat peningkatan yang paling signifikan pada komponen kas dan setara kas. Selain itu, hal tersebut meningkatkan secara signifikan likuiditas, aktivitas, solvabilitas dan kemandirian

RSUD. Berdasarkan penilaian kinerja subaspek rasio keuangan, juga terjadi peningkatan kinerja setelah implementasi JKN.

Riset Pembiayaan Kesehatan di FKRTL Tahun 2016 menunjukkan, kinerja keuangan rumah sakit selama periode 2013–2015 adalah sebagai berikut.

1. Analisis likuiditas menunjukkan RS kelas C stabil selama tiga tahun. Hal itu berbeda dengan RS Kelas A dan B yang mengalami penurunan pada tahun 2015.
2. Analisis aktivitas menunjukkan 75%–100% RS Kelas A, B, dan C membutuhkan waktu kurang dari satu bulan untuk menghabiskan sediaan di gudang. Sebanyak 25% RS Kelas A yang memiliki perputaran piutang usaha berubah menjadi kas sebanyak lebih dari 12 kali dalam satu tahun. Sama halnya dengan RS Kelas B dan C. Namun, pada tahun 2014 keduanya meningkat sebesar 25% RS. RS kelas B dan C relatif memiliki kemampuan yang lebih baik daripada kelas A dalam menarik piutang kembali. RS kelas A memiliki pendapatan yang besar sehingga mampu mengembalikan aset lancar lebih cepat daripada kelas lain. Sebaliknya, aset tetap RS kelas A jauh lebih besar daripada RS kelas B dan C karena pendapatan RS Kelas A terbesar di antara yang lainnya, tetapi memiliki *fixed asset turnover* dan *total asset turnover* yang terkecil di antara RS kelas lain
3. Analisis solvabilitas menunjukkan kemampuan rumah sakit kelas A dan C untuk membayar utang yang ada dengan menggunakan total aktiva rumah sakit cukup baik jika dibandingkan dengan rumah sakit kelas B.
4. Analisis rentabilitas menunjukkan RS kelas A cenderung memiliki nilai yang lebih besar jika dibandingkan dengan kelas lain. Hal ini menunjukkan RS kelas A lebih efektif dalam menggunakan investasi, modal, dan pelayanannya untuk menghasilkan laba.
5. Analisis Altman Z-Score menunjukkan bahwa setelah mendapatkan subsidi dari pemerintah yang berupa pendapatan APBN, APBD, kerja sama dengan pihak lain dan hibah, banyaknya RS yang diprediksikan aman dalam

dua tahun ke depan bertambah. Sebaliknya, jumlah RS yang *distress* berkurang berkat penambahan pendapatan. Penggunaan Altman Z-Score ini mungkin kurang sesuai dengan keadaan RS karena RS merupakan kategori perusahaan jasa.

8.6 Analisis Efisiensi

Salah satu hal yang memengaruhi peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah adanya sistem pelayanan kesehatan yang ekuiti dan efisien. Efisiensi adalah tentang bagaimana memaksimalkan output dari input yang tersedia. Efisiensi dapat dilihat dari *input* dan *output* yang sudah ada sudah digunakan secara maksimal atau belum dan dapat pula mencari alternatif *input* yang berbeda untuk menghasilkan *output* yang maksimal.

Walaupun total belanja pengeluaran makin meningkat, jika tidak dilakukan pengalokasian dan pengelolaan anggaran sesuai dengan sasaran, hal itu tidak akan mampu menjawab masalah kesehatan yang terjadi. Ketidakefisienan yang terjadi pada fasilitas kesehatan menjadi salah satu komponen yang memengaruhi peningkatan biaya perawatan yang pada akhirnya meningkatkan pengeluaran pada sektor kesehatan.

Inefisiensi dapat dihasilkan dari pengambilan keputusan yang kurang tepat saat mengalokasikan sumber daya yang dimiliki sebagai akibat buruknya perencanaan dan respons yang lambat dalam melihat perubahan kebutuhan yang diperlukan oleh masyarakat. Hal ini dapat dilihat dari adanya pegawai yang tidak sesuai dengan kebutuhan atau terlalu banyak, penempatan tenaga kesehatan yang tidak sesuai di fasilitas kesehatan, alokasi belanja kesehatan yang tidak sesuai dengan prioritas masalah kesehatan yang ada di daerah masing-masing.

Inefisiensi yang terjadi pada fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dapat disebabkan oleh adanya lama hari rawat yang tidak efisien, penggunaan teknologi yang berlebihan, penggunaan obat generik yang masih rendah, dan penggunaan obat yang irasional.

8.6.1 Efisiensi Alokatif

Sesuai dengan amanat undang-undang, alokasi pembiayaan kesehatan ditujukan untuk pelayanan kesehatan dalam bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak telantar. Alokasi pembiayaan yang bersumber dari swasta dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.

Efisiensi alokatif adalah kemampuan suatu organisasi untuk menggunakan input proporsi yang optimal pada harga dan teknologi produksi tertentu. Analisis efisiensi alokatif dapat dilakukan dengan analisis deskripsi sederhana (tren, komposisi, dan pembiayaan), analisis konsistensi sederhana, serta analisis biaya manfaat. Salah satu metode yang dapat digunakan dalam melihat efisiensi alokatif adalah dengan menggunakan *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) dan *Health Technology Assessment* (HTA), misalnya penggunaan hemodialisis jika dibandingkan dengan *peritoneal dialisis* (PAD).

Dalam hal penganggaran dan belanja kesehatan, efisiensi alokatif dapat dilihat dari nilai dan komposisi belanja kesehatan dalam berbagai tingkatan pemerintahan mulai level pusat sampai dengan level daerah. Di Indonesia, tiap-tiap daerah mempunyai kapasitas fiskal yang berbeda-beda dan alokasi belanja kesehatan yang berbeda pula sehingga memengaruhi pemberian pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan kesehatan, dan pada akhirnya memengaruhi output pelayanan kesehatan tersebut.

Di tingkat kabupaten/kota, menurut hasil Riset Pembiayaan Kesehatan di FKTP tahun 2015, alokasi pembiayaan menurut jenis pembiayaannya tertinggi adalah biaya operasional (62,84%), biaya modal (31,86%), dan terendah biaya pemeliharaan (5,30%). Sementara itu, tingkat puskesmas menunjukkan pembiayaan upaya kesehatan di puskesmas terbesar untuk administrasi/manajemen (33,9%), UKM (25,2%), UKP (21,1%), dan terendah UKP dan UKM (19,8%). Diperlukan analisis efisiensi alokasi pembiayaan tersebut sudah sesuai dengan kebutuhan untuk menyelesaikan

permasalahan kesehatan yang ada atau belum. Tingginya alokasi untuk administrasi dan manajemen serta rendahnya alokasi untuk program UKM dapat menjadi penyebab tingginya beban penyakit tidak menular di suatu daerah.

8.6.2 Efisiensi Teknis

Efisiensi teknis adalah kemampuan suatu organisasi untuk mendapatkan *output* maksimal penggunaan suatu paket *input*. Indikator yang paling mudah diukur adalah dengan melihat harga produksi untuk menghasilkan satu *output*. Selain itu, dapat dilihat juga perbandingan antara *input* dan *output*, misalnya nilai satu pegawai per unit *output* yang diharapkan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah *Data Envelopment Analysis* (DEA).

DEA adalah suatu metodologi yang digunakan untuk mengevaluasi efisiensi suatu unit pengambilan keputusan (unit kerja) yang bertanggung jawab menggunakan sejumlah input untuk memperoleh suatu *output* yang ditargetkan. Dalam sektor kesehatan melalui DEA dapat diperoleh perkiraan efisiensi teknis relatif dalam mentransformasikan *input* menjadi *output*, yaitu indikator *output* sesuai dengan sasaran program kesehatan, seperti penanganan kasus malnutrisi, jumlah persalinan di fasilitas kesehatan, jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan program imunisasi dan lainnya, sedangkan *input*-nya dapat dilihat dari total pengeluaran kesehatan per kapita, realisasi dana dekonsentrasi kesehatan, serta realisasi dana bantuan kesehatan dan lainnya.

Hasil DEA di 34 provinsi di Indonesia yang dilakukan oleh Natan dan Sihaloho menyimpulkan bahwa masalah utama dalam kualitas kesehatan Indonesia yang buruk bukanlah tentang besarnya dana atau bantuan dari pemerintah pusat, melainkan lebih tentang cara pemerintah daerah memanfaatkan dan memaksimalkan dana dan bantuan dari pemerintah pusat untuk meningkatkan kualitas dan kesetaraan pelayanan kesehatan masyarakat di daerahnya. Selain itu, kami menemukan beberapa faktor yang menentukan efisiensi dalam suatu negara dalam

memaksimalkan dana dan bantuan untuk layanan kesehatan, ada kemajuan teknologi, bentuk pembiayaan, tingkat cakupan, dan sistem administrasi. Agar Indonesia dapat memperbaiki sistem layanan kesehatan mereka, mereka harus memperhatikan efisiensi pengeluaran dan memaksimalkan sumber.

Hasil DEA juga menunjukkan bahwa Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan memiliki skor efisiensi tertinggi. Kota-kota tersebut memiliki 1 skor efisiensi pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. Di sisi lain Pulau Bangka Belitung memiliki skor efisiensi terendah di antara 34 provinsi di Indonesia. Selain itu, dari hasil analisis didapatkan bahwa saat ini ada beberapa provinsi masih tidak dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai karena ketidakefisienan dalam pengeluaran anggaran seperti Pulau Bangka Belitung, Gorontalo, dan Maluku (3 skor efisiensi terendah).

Hasil DEA yang dilakukan oleh *World Bank* diperoleh estimasi relatif efisiensi teknis dengan indikator *output* adalah *Healthy Life Expectancy* (HALE) dan indikator *input* adalah total pengeluaran kesehatan per kapita. Analisis menunjukkan bahwa Indonesia tidak efisien dan tidak efektif jika dibandingkan dengan negara lain, seperti Sri Lanka dan Vietnam yang menghabiskan jumlah yang sama untuk kesehatan, tetapi mencapai hasil kesehatan yang lebih baik.

8.7. Health Technology Assessment (HTA) atau Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK)

Dengan adanya keterbatasan pembiayaan kesehatan dan makin meningkatnya inovasi teknologi dalam bidang kesehatan, diperlukan penetapan prioritas dan pilihan dari beberapa alternatif teknologi yang tersedia. Salah satu cara melakukan prioritas dalam pemilihan teknologi adalah dengan melakukan *Health Technology Assessment* (HTA) atau Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK).

PTK adalah suatu analisis yang terstruktur dari teknologi kesehatan dan hal yang berhubungan dengan teknologi kesehatan digunakan sebagai masukan untuk proses pengambilan kebijakan. Teknologi kesehatan yang dimaksud dapat berupa obat, alat, bahan, cara, metode, dan prosedur pelayanan kesehatan, baik secara konvensional maupun tradisional. Di dalamnya termasuk *safety*, *efficacy (benefit)*, *costs* dan *cost effectiveness*, implikasi dalam organisasi, serta isu sosial dan etika.

Penilaian teknologi kesehatan dapat menghasilkan inovasi teknologi kesehatan, baik yang baru maupun modifikasi. Inovasi hasil PTK diharapkan dapat memberi solusi pemilihan teknologi yang efisien dan efektif.

Inovasi hasil penilaian teknologi kesehatan dapat berupa inovasi seperti berikut ini:

- 1) Inovasi teknis berupa pengembangan bahan baku obat, vaksin, alat kesehatan, diagnostik kit, dan bahan habis pakai untuk menunjang pelayanan kesehatan, baik perseorangan maupun masyarakat.
- 2) Inovasi manajemen berupa cara, prosedur, metode, supervisi, program, dan upaya kesehatan.
- 3) Inovasi sosial berupa rekayasa sosial (*social engineering*) berbasis budaya lokal dalam rangka pemberdayaan masyarakat dan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Prayitno L., dkk. (2019) melakukan penelitian Analisis Efektivitas s Biaya antara Penggunaan Meropenem dan tanpa hasil Uji Sensitivitas Antibiotik pada pasien gagal ginjal kronik di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan terapi dengan Meropenem pada kasus PGK di RS X lebih efektif jika dilakukan dengan uji sensitivitas. Penelitian ini menghasilkan nilai ACER penggunaan Meropenem di RS X didasarkan hasil uji sensitivitas sebesar Rp94.242.994,00 jika dibandingkan dengan nilai ACER penggunaan meropenem tanpa didasarkan hasil uji sensitivitas sebesar Rp142.793.491,00 untuk setiap peningkatan efektivitas 100%.

Komite Penilaian Teknologi Kesehatan Kemenkes RI melakukan studi Efektivitas Klinis dan Evaluasi Ekonomi Hemodialisis (HD) dan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) pada pasien gagal ginjal terminal di Indonesia. Hasil studi menunjukkan kebijakan CAPD sebagai terapi pertama dinilai lebih *cost-effective* jika dibandingkan dengan kebijakan HD sebagai terapi pertama. Dengan ambang batas kemampuan bayar lebih dari Rp190 juta, kebijakan CAPD sebagai terapi pertama merupakan pilihan terbaik dan memberikan *good value for money*. Analisis dampak anggaran memberikan bukti ilmiah akan besarnya beban finansial yang ditanggung negara apabila kondisi saat ini, yakni HD mendominasi CAPD berlanjut hingga lima tahun ke depan (Kementerian Kesehatan, 2015).

Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan dapat melakukan PTK di tiap-tiap rumah sakit. Pemilihan teknologi kesehatan yang tepat dapat memberi solusi yang efisien dan efektif, tetapi disesuaikan dengan kondisi dan fenomena yang ada di setiap rumah sakit. Rumah sakit bukan hanya dapat melakukan efisiensi dan inovasi dalam hal teknis (obat, vaksin, alat kesehatan, diagnostik kit, dan bahan habis pakai), melainkan juga dalam hal manajemen (cara, prosedur, metode, supervisi, program, dan upaya kesehatan). Penilaian teknologi kesehatan di rumah sakit masih perlu disosialisasikan dan ditingkatkan lagi pelaksanaannya.

Rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dari PTK merupakan salah satu alternatif kebijakan yang dapat diterapkan untuk melakukan efisiensi anggaran kesehatan. Pemilihan obat, alat, bahan, cara, metode, dan prosedur pelayanan kesehatan yang lebih *good value for money*, memberikan output yang lebih efektif merupakan suatu cara menuju *technical efficiency* yang dapat dilaksanakan oleh pemangku kebijakan. Alokasi pembiayaan kesehatan dapat lebih tepat sasaran dan mencapai *output* yang lebih maksimal. Pelaksanaan PTK sangat mendukung pelaksanaan *universal health coverage* di suatu negara. Hasil analisis PTK juga dapat digunakan dalam menentukan paket manfaat dalam jaminan kesehatan, negosiasi harga, dasar dalam membuat panduan praktik klinis membuat indikator program kesehatan dan perencanaan program kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

8.8 Masalah dan tantangan

8.8.1 Masalah

1. NHA tahun 2017–2018 menggunakan proyeksi sebagai dasar penghitungan, belum menghitung belanja kapital yang dilakukan oleh swasta, belum menggunakan OOP murni dan belum menggunakan data BPJS secara maksimal
2. Pembayaran kapitasi dalam JKN yang dilakukan terhadap puskesmas, sedikit banyak memengaruhi fungsi puskesmas dalam menjalankan upaya kesehatan masyarakat. Sumber daya dan upaya lebih terfokus pada pelaksanaan upaya kesehatan perseorangan yang mengakibatkan ketidakseimbangan antara kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan di puskesmas.
3. Sumber anggaran kegiatan promotif dan preventif antara lain, berasal dari BOK melalui DAK nonfisik belum pernah dilakukan penghitungan biaya satuan untuk kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat sehingga belum diketahui berapa sebenarnya anggaran yang diperlukan untuk kegiatan UKM.
4. Tingginya biaya kesehatan untuk penyakit katastrofik menjadi beban pembiayaan kesehatan.
5. Terjadi dilema antara UKP dan UKM Pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan berada di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, tetapi pelaksanaan program kesehatan berada di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
6. Penilaian Teknologi Kesehatan memberikan solusi teknologi terpilih yang tidak “populer” sehingga menimbulkan konflik kepentingan. Hal ini memerlukan *political will* yang kuat untuk mempertimbangkan rekomendasi kebijakan yang diusulkan.
7. Manajemen efisiensi yang terdiri atas efisiensi alokatif dan efisiensi teknis menuntut pengalokasian dan pengelolaan anggaran sesuai dengan sasaran. Ketidaktepatan dalam pengalokasian dan pengelolaan anggaran membuat tidak akan mampu menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat.

8.8.2 Tantangan

1. Dalam penghitungan NHA diharapkan akan melibatkan belanja kapital pada sektor swasta dan belum menghitung nilai OOP murni dari data Susenas yang dikeluarkan oleh BPS serta memanfaatkan data yang diperlukan dari BPJS. Karena NHA tahun 2017 dan 2018 diproduksi berdasarkan proyeksi dan penyesuaian yang dilakukan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dibantu secara teknis oleh berbagai pihak, diperlukan angka riil untuk menghitung lebih tepat.
2. Upaya Kesehatan Masyarakat adalah kegiatan yang melibatkan seluruh komponen yang ada di puskesmas dengan kegiatan yang terintegrasi dengan *output* yang bervariasi sehingga cukup sulit untuk menentukan *output* pada kegiatan tersebut. Dengan demikian, diperlukan kesepakatan dari berbagai pihak untuk menentukannya
3. Puskesmas adalah FKTP utama yang paling siap menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan jika dibandingkan dengan jenis FKTP lain, Padahal, fungsi puskesmas adalah lebih pada Upaya Kesehatan Masyarakat dengan penekanan pada kegiatan promotif dan preventif.
4. Pemerintah terus berupaya meningkatkan anggaran kesehatan dalam rangka memenuhi amanat UU 36/2009.
5. Anggaran kesehatan sebagian besar diperuntukkan bagi Kementerian Kesehatan, jaminan kesehatan, dan transfer ke daerah (DAK kesehatan dan keluarga berencana serta dana otonomi khusus kesehatan).
6. Sebanyak 34,7% dari total anggaran kesehatan tahun 2016 dialirkan ke BPJS Kesehatan untuk pembayaran iuran PBI, PNS/TNI/Polri, veteran, pensiunan, dan lain-lain.
7. Pembiayaan UKP dalam era JKN ke depan agar diswastakan.
8. UKP diserahkan kepada pasar dengan memberi pelayanan kesehatan menggunakan biaya BPJS Kesehatan.

8.9 Rekomendasi

1. Badan Litbangkes diharapkan akan mampu menghasilkan NHA dengan bantuan teknis dari berbagai pihak yang telah terlibat dalam penghitungan NHA dengan memperhatikan belanja investasi pada sektor swasta, menghitung nilai OOP murni dari data Susenas yang dikeluarkan oleh BPS, serta memanfaatkan data yang diperlukan dari BPJS.
2. Muruah puskesmas dikembalikan ke upaya kesehatan masyarakat yang benar-benar menjadi *gate keeper*. Maksudnya adalah lebih menjalankan fungsi promotif dan preventif agar dapat mencegah yang belum menderita sakit serta mencegah tidak bertambah parah yang sudah sakit. Proporsi pembiayaan untuk UKM dalam upaya promotif dan preventif lebih besar daripada UKP. Di samping itu, perlu dilakukan penghitungan biaya satuan untuk kegiatan UKM. Pada saat ini pembiayaan UKM kecil. Oleh karena itu, perlu dipisahkan antara pelaksanaan UKM dan UKP, yaitu UKM dilaksanakan dan menjadi tugas utama puskesmas. Selain itu, UKP dilaksanakan dengan fasilitas pelayanan kesehatan klinik, klinik pratama, dokter umum, dan rumah sakit.
3. Untuk reprioritas keuangan, 5% APBN dialokasikan untuk kesehatan dan 10% APBD propinsi dialokasikan untuk kesehatan.
4. Pengurangan subsidi bahan bakar saat ini mencapai Rp. Rp350 triliun.
5. Pajak tembakau ditingkatkan. Peningkatan pajak alkohol dan tembakau bisa menjadi cara lain untuk menghasilkan pendapatan bagi kesehatan di Indonesia.
6. Pajak pertambahan nilai dan pajak lainnya dapat dieksplorasi sebagai sumber kapasitas fiskal untuk kesehatan di Indonesia. Beberapa negara, seperti Ghana, telah mengalokasikan PPN untuk pembiayaan jaminan kesehatan semesta. Pendapatan dari PPN telah terbukti menjadi sumber yang sangat stabil dan progresif di Ghana (Schieber dan Cashin, 2012).
7. Kerja sama pemerintah dan swasta dalam pembiayaan layanan kesehatan. Asuransi kesehatan tambahan dilakukan oleh pihak swasta.

8. Progresivitas membayar iuran/premi BPJS.
9. Efisiensi pembiayaan kesehatan ditingkatkan, baik alokasi maupun teknis.
10. Pemberantasan korupsi makin digalakkan.
11. Dilakukan riset pembiayaan kesehatan, baik pada FKTP maupun FKRTL secara rutin.

Daftar Pustaka

- Budiarto W., dkk. 2016. *Laporan Akhir Penelitian Riset Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional (tahap I : Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) tahun 2015*. Badan Litbangkes, Kemenkes RI.
- Fetter, R. B., Brand, D. A., & Gamache, D. 1991. *DRGs The Design and Development*. Michigan : Health Administration Press.
- Handayani, L. dkk., 2016. *Laporan Penelitian Riset Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) tahun 2016*. Badan Litbangkes, Kemenkes RI.
- Heri, 2016. *Analisis Laporan Keuangan. Integrated and Comprehensive Edition*. Jakarta : PT Grasindo.
- Komite Penilaian Teknologi Kesehatan Kemenkes RI. 2015. Efektivitas Klinis dan Evaluasi Ekonomi Hemodialisis (HD) dan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* pada Pasien Gagal Ginjal Terminal di Indonesia. Jakarta. Kemenkes RI.
- Natan, Jeffrey Aron, & Sihaloho, Estro Dariatno. 2017. *Healthcare Expenditure Efficiency Analysis Regarding to Healthcare Access in 34 Provinces in Indonesia*. ResearchGate.
- Prayitno L., Siahaan, S., Handayani, R.S. 2019. Laporan hasil Analisis Efektivitas Biaya antara Penggunaan Meropenem dengan dan tanpa Hasil Uji Sensitivitas Antibiotik pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Kesehatan* vol 47 No 2 (2019).
- Rosita, Tita. 2017. *Implikasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Kinerja Keuangan : Analisis Laporan Keuangan dan Hospital Base Rate 2 RSUD Tipe C di Jawa Barat*. Tesis. Universitas Indonesia.
- Wijayani, Rina. 2016. *Dampak Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Kinerja Keuangan Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan*. Tesis. Universitas Indonesia.
- World Bank, 2017. *Conducting Public Expenditure Analysis (PEA): Step-by-step & Setting Indicators*.
- Yang, J., Hong, Y. and Ma, S., 2016. *Impact of the new health care reform on hospital expenditure in China: A case study from a pilot city*. *China Economic Review*, 39, pp.1-14.

Daftar Peraturan

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. 18 Januari 2013. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 29. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. 18 Januari 2013. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016.

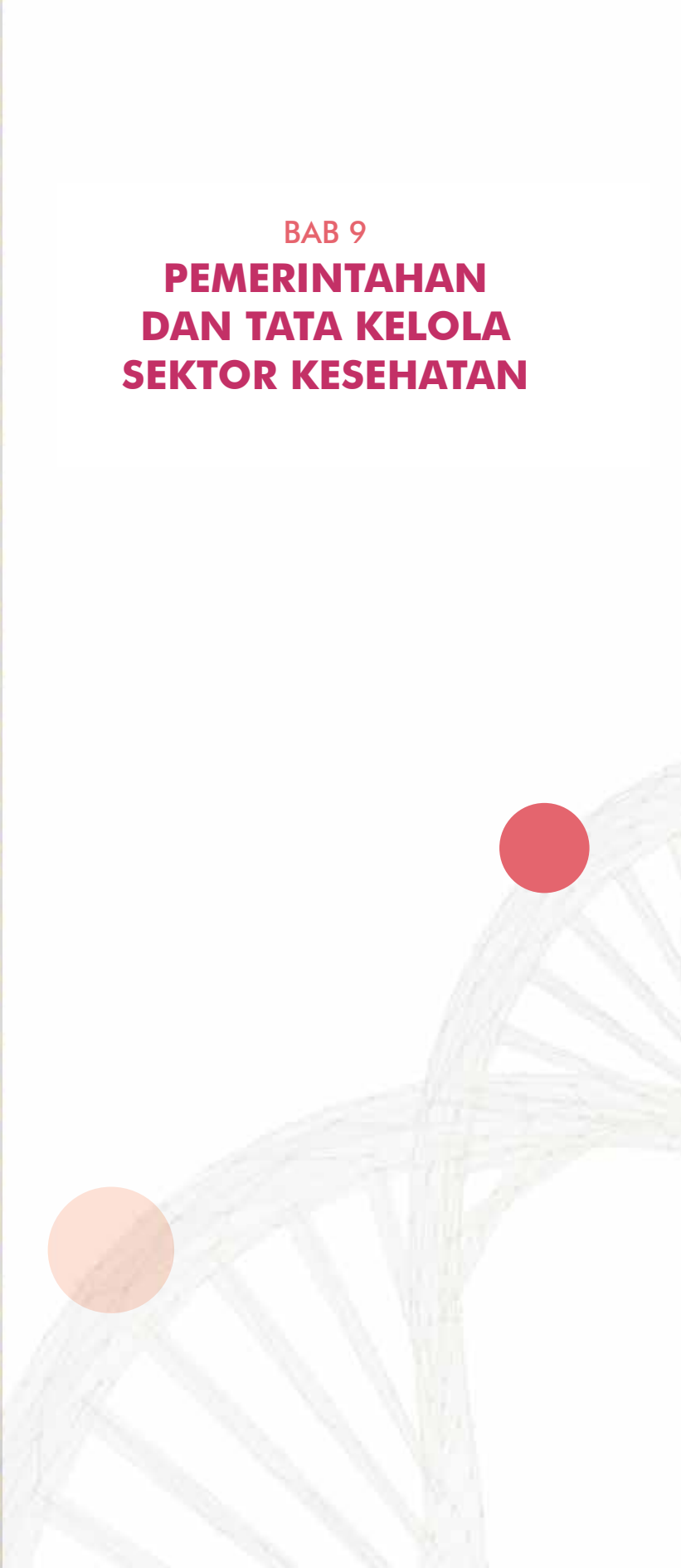
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 19 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 13 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 25 November 2011. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116. Jakarta

BAB 9

**PEMERINTAHAN
DAN TATA KELOLA
SEKTOR KESEHATAN**



BAB 9

Pemerintahan dan Tata Kelola Sektor Kesehatan

Dede Anwar Musadad dan Gurendro Putro

9.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu, diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam Pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya, pada ayat (2) dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya, dalam Pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat termasuk terwujudnya derajat kesehatan masyarakat, setiap orang harus mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkannya, perlu upaya yang terpadu dan terintegrasi antara Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat. Salah satu upaya tersebut adalah adanya pembagian kewenangan dan urusan antara Pemerintah dan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 yang direvisi menjadi Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Ada pembagian kewenangan yang jelas antara Pemerintah (Pusat), pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam hal urusan pemerintahan, termasuk bidang kesehatan.

Pemerintah daerah diberi kewenangan untuk mengatur sektor sistem kesehatan di daerah. Dalam prosesnya, pemerintah daerah sangat

tergantung pada beberapa faktor, yaitu dukungan pembiayaan, kerja sama lintas sektor, dan faktor lain dalam menyukseskan sistem kesehatan di daerahnya. Pembagian kewenangan atau desentralisasi dalam bidang kesehatan dimaksudkan untuk lebih mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan memperpendek jalur birokrasi pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen, dan pengambilan keputusan dilakukan dari tingkat nasional ke tingkat daerah (Rondinelli, 1983).

Desentralisasi merupakan pemindahan kewenangan, kekuasaan, perencanaan pemerintahan dan pengambilan keputusan dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah dalam satu hierarki politis administratif atau teritorial (Mills dkk., 1990). Desentralisasi dimaksudkan untuk meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi setempat, mengakomodasi perbedaan sosial, ekonomi dan lingkungan, serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik (Ribot J.C., 2002).

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antarupaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Sebagai wujud pembagian kewenangan ini, telah disusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan. Esensi SPM adalah pelayanan minimal bidang kesehatan yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah sehingga masyarakat terpenuhi kebutuhan minimalnya. Pada tanggal 4 Januari 2018, pemerintah telah menetapkan Peraturan

Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, yang di dalamnya mengatur pula SPM Kesehatan, yang mencakup SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. SPM bukan hanya mengatur pelayanan minimal yang menjadi tanggung jawab daerah, melainkan juga mengatur standar mutu pelayanannya (*standard of quality*). Hal itu tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal yang diatur secara teknis melalui Permendagri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Program Indonesia Sehat yang tertuang dalam sasaran pokok RPJMN 2015–2019 pada dasarnya adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, tetapi juga ke luar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Pendekatan keluarga merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh puskesmas dan perluasan dari upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas), yang meliputi kegiatan sebagai berikut: 1) kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data kesehatan keluarga, 2) kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif, 3) kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung, dan 4) pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.

Pemangku kepentingan pelaksanaan PIS-PK, antara lain, adalah puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan dinas kesehatan provinsi. Peran puskesmas dalam pelaksanaan PIS-PK dilakukan melalui kegiatan pendataan kesehatan keluarga yang minimal meliputi 12 indikator, yang antara lain dapat mendorong pencapaian SPM di tingkat daerah (kabupaten/kota).

Dalam bab Pemerintahan dan Tata Kelola Sektor Kesehatan ini yang menjadi isu bahasan meliputi pembagian urusan/kewenangan bidang kesehatan, NSPK, SPM, dan PIS-PK.

9.2 Pembagian Kewenangan/Desentralisasi Kesehatan

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat 1 dan Pasal 34 ayat 3 telah ditegaskan adanya hak setiap warga negara memperoleh layanan kesehatan serta adanya kewajiban pemerintah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Undang-undang ini memberi kewajiban kepada pemerintah untuk berperan serta dalam peningkatan pelayanan kesehatan. Tujuannya untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang lebih baik.

Desentralisasi dilaksanakan oleh adanya dorongan politik yang bertujuan antara lain (1) untuk meningkatkan wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah, (2) meningkatkan keikutsertaan masyarakat dan menyelenggarakan pelayanan masyarakat yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat, (3) memperkuat kerja sama dan integrasi pelayanan masyarakat di daerah, (4) merestrukturisasi dan mengefisienkan pelayanan masyarakat, (5) mendukung inovasi dan pengembangan pelayanan masyarakat.

Penerapan desentralisasi dalam urusan pemerintahan telah membuka ruang bagi pemerintahan di level daerah untuk menjalankan aktivitas kerjanya menurut kebutuhan daerah masing-masing. Hal itu juga dilakukan tanpa ada paksaan dalam urusan pemerintahan yang berkaitan dengan kepentingan daerah, kecuali urusan yang bukan hak pemerintah daerah. Desentralisasi ini juga mengisyaratkan kepada pemerintah daerah untuk bisa lebih optimal dalam melayani masyarakat terutama dalam layanan kesehatan. Desentralisasi kesehatan dimaksudkan agar masyarakat dapat lebih mudah dan cepat dalam mendapatkan layanan

kesehatan tanpa melalui prosedur birokrasi yang panjang sampai ke provinsi bahkan pusat. Hal ini mengingat bahwa layanan kesehatan merupakan kebutuhan yang mendesak yang akan berakibat fatal apabila prosedurnya terlalu panjang dan berbelit- belit. Untuk itu, pemerintah daerah dituntut untuk lebih cepat dan prima dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat.

Dalam Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah diatur tentang pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan yang meliputi (1) upaya kesehatan, (2) sumber daya manusia kesehatan, (3) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman, dan (4) pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Dalam urusan pemerintahan bidang kesehatan pembagian kewenangan antara pusat, provinsi, dan kabupaten/kota adalah sebagai berikut.

Tabel 9.1
Pembagian Kewenangan Upaya Kesehatan

No	Kewenangan		
	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
1	Pengelolaan upaya kesehatan perseorangan (UKP) rujukan nasional/ lintas daerah provinsi	Pengelolaan UKP rujukan tingkat daerah provinsi/ lintas daerah kabupaten/ kota	Pengelolaan UKP daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat daerah kabupaten/kota
2	Pengelolaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) nasional dan rujukan nasional/lintas daerah provinsi.	Pengelolaan UKM daerah provinsi dan rujukan tingkat daerah provinsi/lintas daerah kabupaten/kota.	Pengelolaan UKM daerah kabupaten/ kota dan rujukan tingkat daerah kabupaten/kota
3	Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan standarisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.	Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah provinsi.	Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah kabupaten/kota.
4	Penerbitan izin rumah sakit kelas A dan fasilitas pelayanan kesehatan penanaman modal asing (PMA) serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat nasional.		

Tabel 9.2
Pembagian Kewenangan tentang Sumber Daya Manusia Kesehatan

No	Kewenangan		
	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/Kota
1	Penetapan standardisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin mempekerjakan tenaga asing (IMTA)	Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP daerah provinsi.	Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.
2	Penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis bagi daerah yang tidak mampu dan tidak diminati.		Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP daerah kabupaten/kota.
3	Penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana urusan pemerintahan bidang kesehatan.		
4	Penetapan standar pengembangan kapasitas SDM kesehatan		
5	Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP nasional		

Tabel 9.3
Kewenangan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan Minuman

No	Kewenangan		
	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/ Kota
1	Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional	Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK)	Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan, dan optikal.
2	Pengawasan ketersediaan pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan.	Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).	Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT).
3	Pembinaan dan pengawasan industri, sarana produksi dan sarana distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), bahan obat, serta bahan baku alam yang terkait dengan kesehatan.	Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK).	Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan, dan optikal
4	Pengawasan <i>pre-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.		Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga.
5	Pengawasan <i>post-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.		Pengawasan <i>post-market</i> produk makanan minuman industri rumah tangga.

Tabel 9.4
Kewenangan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

No	Kewenangan		
	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/Kota
1	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh nasional dan internasional, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat serta dunia usaha tingkat nasional dan internasional.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kabupaten/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota.

Dalam pemberdayaan masyarakat, peran desa sangat penting dalam mendukung pembangunan bidang kesehatan. Dalam Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa dinyatakan bahwa dalam Pasal 26 ayat 2 (m) mengoordinasikan pembangunan desa secara partisipatif. Selanjutnya, dalam Pasal 78 dinyatakan bahwa pembangunan desa bertujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat desa dan kualitas hidup manusia serta penanggulangan kemiskinan melalui pemenuhan kebutuhan dasar, pembangunan sarana dan prasarana desa, pengembangan potensi ekonomi lokal, serta pemanfaatan sumber daya alam dan lingkungan secara berkelanjutan. Dalam melakukan pembangunan desa, perlu dilakukan perencanaan yang mengikutsertakan masyarakat desa dengan menetapkan prioritas, program, kegiatan, dan kebutuhan pembangunan desa yang didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa, swadaya masyarakat desa, dan/atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten/Kota.

Sesuai dengan hasil penelitian Utami I.S. (2018), desentralisasi yang seharusnya mampu menjadi suatu asas yang baik dalam menjalankan sistem pemerintahan justru dalam otonomi daerah di Indonesia menjadi salah satu penopang terjadinya beberapa pelanggaran terhadap undang-undang. Kemunculan raja-raja kecil di daerah otonom membuat sebagian orang mampu menguasai akses sumber daya dan konstelasi politik lokal. Akibatnya, rakyat di daerah cenderung pasif terhadap demokrasi karena didominasi oleh berbagai berita tentang korupsi di

daerah. Hal ini tidak sejalan dengan tujuan dilaksanakannya otonomi daerah. Modus bagi tindak pidana korupsi juga makin menjalar di daerah, tren korupsi makin beragam. Paket perubahan regulasi hanya sekadar menjadi tambal sulam bagi jalannya pemerintahan daerah.

Menurut Pudijrahardjo W.J. (2012), adanya otonomi daerah di bidang kesehatan menyebabkan perubahan struktur dan fungsi komponen yang terkait dengan bidang kesehatan. Perubahan terjadi khususnya bagi dinas kesehatan kabupaten dan kota terkait dengan adanya pelimpahan wewenang dan pengembalian wewenang dalam pengelolaan program ataupun pengelolaan sumber daya, di antaranya pengelolaan SDM kesehatan. Karena kondisi sumber daya manusia dan *resources* lain sangat bervariasi di antara daerah otonom, variabilitas sistem kesehatan antardaerah menjadi sangat besar. Selain itu, terdapat banyak kendala yang harus dihadapi dan semuanya membutuhkan pengembangan model sistem pengelolaan SDM yang secara sistematis menjangkau lingkup pemahaman, kesadaran, sikap, motivasi, kemampuan, dan proses pelayanan kepada masyarakat. Implikasinya pada masa yang akan datang SDM kesehatan dituntut untuk dapat melakukan antisipasi terhadap kemungkinan perubahan sosial yang terjadi akibat adanya kebijakan otonomi tersebut, serta dapat memanfaatkannya menjadi suatu peluang sehingga dapat menyediakan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang sedang berubah secara cepat.

Menurut Misnaniarti (2010), desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Desentralisasi menimbulkan inspirasi bagi daerah untuk melaksanakan peran sentral, misalnya dalam pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan. Desentralisasi merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya perubahan pola manajemen SDM di daerah. Pihak pemerintah daerah disarankan untuk dapat meninjau ulang sistem perekrutan tenaga kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan. Hal itu dilakukan agar pihak SDM kesehatan di daerah, baik medis maupun nonmedis senantiasa meningkatkan kemampuan dan keterampilan bekerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Hasil Kajian Sektor Kesehatan bidang Tata Kelola Pembangunan tahun 2018 menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan desentralisasi masih mengalami tumpang tindih kewenangan antartingkatan pemerintahan. Permasalahan lain yang muncul adalah dengan berubahnya undang-undang (UU) sektor yang seringkali tidak konsisten dengan UU pemerintahan daerah, khususnya yang terkait dengan pembagian urusan antara pusat dan daerah. Pembagian urusan pemerintahan dalam UU 32/2004 hanya diatur dengan PP 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Provinsi dan Kabupaten/Kota, dalam pelaksanaannya dikalahkan oleh undang-undang sektor karena undang-undang sektor mempunyai tingkatan hukum yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan PP. Kondisi tersebut dalam pelaksanaannya sering menimbulkan kerancuan atas hak dan kewajiban daerah dalam mengelola urusan kesehatan yang diotonomikan ke daerah.

Usaha untuk memperbaiki kerancuan mengenai pembagian urusan pemerintahan tersebut telah dilakukan dengan ditetapkannya UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dengan diaturnya pembagian urusan pemerintahan termasuk urusan kesehatan, dalam lampiran UU tersebut yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari batang tubuh UU 23/2014, diharapkan mampu memperkecil kemungkinan terjadinya tumpang tindih kewenangan antartingkatan pemerintahan khususnya antara pusat dan daerah dan antara provinsi dan kabupaten/kota. Sementara itu, untuk kejelasan pembagian urusan pemerintahan, perlu pengaturan lebih lanjut dalam bentuk norma, standar, prosedur, dan kriteria.

Hasil penelitian Putro G., dkk. (2019) di 7 provinsi di Indonesia menunjukkan bahwa pelaksanaan pembagian kewenangan dalam urusan kesehatan antara provinsi dan kabupaten/kota tidak tumpang tindih walaupun dalam pelaksanaannya mengalami kendala, terutama dalam hal koordinasi. Sebagai contoh, di berbagai daerah perizinan dilakukan kebijakan satu pintu melalui Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Satu Pintu (DPM-PTSP), tetapi untuk visitasi lapangan masih ada hambatan karena harus ada keterpaduan antara dinas kesehatan, organisasi profesi dan pihak DPM-PTSP. Kewenangan

perizinan praktik tenaga kesehatan antardaerah bervariasi, ada yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan ada yang diterbitkan oleh DPM-PTSP.

Dukungan pemerintahan desa dalam pembangunan kesehatan sangat penting karena desa merupakan garda pertama yang masyarakatnya mendapat manfaat pembangunan atau pelayanan kesehatan. Untuk itu, peran desa sangat penting dalam mendukung program kesehatan yang dapat mewujudkan kesejahteraan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

9.3 Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria

Setelah dilakukan evaluasi secara menyeluruh tentang pembagian urusan kesehatan antara Pusat, daerah provinsi, dan daerah kabupaten/kota, langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi terhadap norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) yang ada. Penyusunan NSPK terutama oleh pemerintah pusat menjadi penting sesuai dengan kewenangan antartingkatan administrasi. Penyusunan NSPK tersebut juga untuk mencegah tumpang tindih kewenangan dan kegiatan serta memperjelas hak dan kewajiban daerah dalam era desentralisasi kesehatan. Sesuai dengan pembagian urusan antara pemerintah (pusat), provinsi dan kabupaten/kota, NSPK bidang kesehatan haruslah meliputi urusan upaya kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan minuman, serta pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Menurut Suwandi dan Yahya (2018), untuk melaksanakan urusan kesehatan yang diserahkan oleh pusat ke daerah sebagaimana tercantum dalam lampiran UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah diperlukan minimal ada 16 NSPK, yaitu 4 NSPK bidang urusan upaya kesehatan, 4 NSPK bidang SDM kesehatan, 7 NSPK bidang sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan minuman, dan 1 NSPK urusan pemberdayaan masyarakat. Akan tetapi, bila diperinci secara lebih teknis dan detail, secara keseluruhan diperlukan 55 NSPK, sedangkan yang baru tersedia baru 14 NSPK.

Adanya pembagian urusan pemerintahan yang jelas antartingkatan pemerintahan dan diikuti dengan kejelasan NSPK sebagai pedoman bagi pemerintah daerah dalam melaksanakan urusan kesehatan menjadi kewenangannya, implikasinya adalah sinergi dan kesinambungan program prioritas pembangunan kesehatan, baik dalam hal pengelolaan program di tingkat provinsi dan kabupaten/kota maupun di tingkat puskesmas sebagai eksekutor.

Peran provinsi dalam otonomi daerah memberikan pembinaan dan pengawasan sehingga pelaksanaan pembangunan kesehatan sesuai dengan regulasi ditetapkan oleh pusat. Dalam pembangunan kesehatan, perlu juga melihat potensi lokal yang dapat digunakan untuk mendukung pembangunan.

9.4 Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Sasaran Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015–2019, yaitu (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak, (2) meningkatnya pengendalian penyakit, (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan, (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, serta (6) meningkatnya responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama, yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of*

care dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Pembangunan keluarga, sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga serta Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah menetapkan kebijakan pembangunan keluarga melalui pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga untuk mendukung keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Sebagai penjabaran amanat Undang-Undang tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan strategi operasional pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, tetapi juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Pendekatan keluarga merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh puskesmas dan perluasan upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) yang meliputi kegiatan 1) kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data kesehatan keluarga, 2) kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif, 3) kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung, dan 4) pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.

Dari hasil kunjungan rumah, pendataan dan identifikasi permasalahan kesehatan di keluarga, puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan (dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat-PHBS) serta

risiko yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik) untuk kemudian dirancang kegiatan intervensinya. Keluarga dapat dimotivasi untuk mempertahankan kesehatannya, memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya dengan pendampingan kader kesehatan UKBM dan/atau petugas profesional puskesmas.

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perseorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga. Pendekatan keluarga didasarkan pada upaya untuk mengembalikan paradigma pembangunan kesehatan dari kuratif menjadi promotif-preventif yang dilakukan melalui multisektor. Pendekatan keluarga juga didasarkan pada kenyataan bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rendah sehingga permasalahan kesehatan masyarakat tidak tertangani.

Dalam Permenkes No.39 Tahun 2016 tentang PIS-PK, penyelenggaraan PIS-PK bertujuan untuk (a) meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar; (b) mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota; melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan; (c) mendukung pelaksanaan JKN dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional; dan (d) mendukung tercapainya tujuan program pembangunan kesehatan.

Dalam rangka penyelenggaraan PIS-PK, ditetapkan 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga sehat sebagai berikut.

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB).
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.
- d. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif.

- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar.
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan.
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
- j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.
- l. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Hasil PIS-PK, dari portal Pusdatin Kemenkes Tahun 2019, jumlah keluarga yang dikumpulkan datanya melalui pendataan oleh puskesmas menjangkau sekitar 47 juta keluarga. Akan tetapi, dalam implementasinya, kegiatan PIS-PK umumnya baru dalam tataran pengumpulan data untuk mendapatkan indeks keluarga sehat (IKS), belum diikuti penyusunan rencana aksi dan tindak lanjut. Masalah yang ditemukan di tiap-tiap wilayah, antara lain, adalah belum adanya regulasi tentang pelaksanaan PIS-PK di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, belum ada analisis dan tindak lanjut hasil pendataan, tenaga puskesmas yang belum menyeluruh, SDM yang sudah dilatih pindah tugas, tiadanya biaya khusus untuk pelaksanaan PIS-PK (diambil dari dana BOK). Selain itu, beberapa daerah sulit akses ke jaringan internet sehingga sulit mengirim dan mengakses data, termasuk nilai IKS-nya (Putro G., dkk., 2019). Sementara itu, hasil penelitian di Kota Depok tahun 2018 menunjukkan kesiapan implementasi PIS-PK, khususnya indikator 8 (kesehatan jiwa) dilihat dari komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi dinilai belum siap untuk dilaksanakan (Roeslie dan Bachtiar, 2018).

9.5 Standar Pelayanan Minimal

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) disebutkan bahwa SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelayanan dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi

kebutuhan dasar warga negara yang secara jenis pelayanan dilakukan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal dan secara mutu sesuai dengan standar teknis agar hidup secara layak.

SPM bidang kesehatan mencakup SPM kesehatan daerah provinsi dan SPM kesehatan daerah kabupaten/kota. Jenis pelayanan dasar pada SPM kesehatan daerah provinsi terdiri atas a. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan b. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi. Sementara itu, jenis pelayanan dasar pada SPM kesehatan daerah kabupaten/kota terdiri atas a. pelayanan kesehatan ibu hamil; b. pelayanan kesehatan ibu bersalin; c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir; d. pelayanan kesehatan balita; e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar; f. pelayanan kesehatan pada usia produktif; g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut; h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi; i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus; j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat; k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*human immunodeficiency virus*), yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif.

Dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif mencakup a. peningkatan kesehatan; b. perlindungan spesifik; c. diagnosis dini dan pengobatan tepat; d. pencegahan kecacatan; dan e. rehabilitasi. Pelayanan dasar pada SPM Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan, baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta dan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan, di samping pelayanan dasar tertentu yang dapat dilakukan oleh tenaga kader dengan pengawasan tenaga kesehatan.

Penerima pelayanan untuk setiap jenis pelayanan dasar sebagaimana dimaksud di atas adalah warga negara Indonesia dengan ketentuan seperti berikut ini:

- a. penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi;
- b. penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi;
- c. ibu hamil untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan ibu hamil;
- d. ibu bersalin untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- e. bayi baru lahir untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- f. balita untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan balita;
- g. usia pendidikan dasar untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- h. usia produktif untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- i. usia lanjut untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- j. penderita hipertensi untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- k. penderita diabetes melitus untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- l. orang dengan gangguan jiwa berat untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- m. orang terduga tuberkulosis untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- n. orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*) untuk jenis pelayanan dasar pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

Dalam pelaksanaan di daerah, hasil penelitian menunjukkan terdapat 2 provinsi (Kalimantan Selatan dan Bali) yang sudah mempunyai Surat Keputusan (SK) Penerapan SPM dan 5 provinsi lain masih berproses (Sumatra Barat, Banten, Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan Papua). Pada tingkat kabupaten/kota belum ada satu pun dari 14 kabupaten/kota studi mempunyai SK Penerapan SPM (Putro, G., dkk., 2019).

Pelaksanaan SPM bidang kesehatan di tingkat provinsi terkait dengan kondisi krisis dan bencana melibatkan organisasi pemerintah daerah lainnya, seperti Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi, dinas sosial provinsi, satpol PP provinsi terkait dengan ketertiban umum dan keamanan warga, serta organisasi lain yang menangani bencana seperti Palang Merah Indonesia (PMI). Demikian juga yang terkait dengan kejadian luar biasa (KLB) merupakan tanggung jawab provinsi. Penyamaan persepsi tentang KLB bagi gubernur sangat penting dan segala usaha yang dilakukan merupakan tanggung jawab gubernur dan organisasi perangkat daerah (OPD) yang terlibat secara teknis, misalnya dinas sosial, BPBD, dinas kesehatan, rumah sakit, satpol PP, dan organisasi masyarakat seperti PMI.

Standar pelayanan minimal kabupaten/kota, yang terdiri atas 12 indikator, dalam pelaksanaannya memberikan konsekuensi penyiapan sarana, prasarana, SOP, tenaga, biaya dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung pencapaian tiap-tiap indikator tersebut. Pada langkah awal perlu juga dibentuk tim penerapan SPM tingkat kabupaten/kota berupa Surat Keputusan Bupati/Walikota dalam menerapkan SPM. Penanggung jawab SPM adalah Bupati/Walikota, kemudian sebagai ketua adalah Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota. Wakil ketua adalah Kepala Bappeda Kabupaten/Kota, sekretaris adalah Asisten Bidang Pemerintahan/Kepala Bagian Tata Pemerintahan, dan anggotanya adalah kepala OPD yang membidangi urusan pemerintahan wajib terkait dengan pelayanan dasar, pengelolaan keuangan daerah, Inspektorat, dan OPD lain yang dipandang perlu oleh daerah.

Dalam pelaksanaan SPM ini, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, masih ada kendala persepsi petugas kesehatan tentang target sasaran, sarana/prasarana (obat, alat kesehatan, dan alat transportasi), pedoman atau SOP, ketersediaan biaya atau anggaran

untuk memenuhi target, tenaga, dan keterlibatan masyarakat dalam melaksanakan SPM. Berbagai kondisi serta kesenjangan fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya antardaerah akan memberikan potret yang berbeda dengan kondisi masing-masing.

9.6. Tantangan ke Depan

- a. Otonomi daerah menghasilkan kewenangan yang besar kepada daerah dalam pembangunan kesehatan, yang dalam pelaksanaan program kesehatan di daerah bisa jadi tidak sesuai dengan kebijakan pusat, lebih mementingkan janji politik.
- b. Pembagian kewenangan masih membutuhkan banyak regulasi karena masih minimnya NSPK yang sebetulnya menjadi kewenangan pemerintah pusat. NSPK akan memberikan petunjuk yang baik jika diketahui, diterima, dilaksanakan, dan dikembangkan oleh pemerintah daerah.
- c. SPM yang misinya melayani semua penduduk/masyarakat (*no one left behind*) mempunyai implikasi kebutuhan tenaga, sarana/prasarana, dan dana yang besar sehingga perlu ada pengawalan pembiayaan mulai pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
- d. Kebutuhan kompetensi kepala puskesmas mampu menyusun strategi dan inovasi untuk menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya.
- e. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi menuntut dukungan riset operasional yang inovasi untuk pelaksanaan SPM dan PIS-PK yang lebih efektif.
- f. Sistem informasi kesehatan belum terintegrasi secara lintas program.
- g. Intervensi spesifik di tiap-tiap wilayah yang memerlukan kapasitas manajemen dan *leadership* yang mumpuni.
- h. Isu kesehatan yang bersifat *cross cutting* menjadi tantangan tersendiri bagi daerah untuk penerapan kerjasama dan kemitraan yang efektif.

9.7 Rekomendasi

- a. Penyusunan NSPK dilakukan untuk mendukung pelaksanaan SPM dan kejelasan pembagian kewenangan/urusan.
- b. Pengawasan strategi dan program prioritas nasional dilakukan mulai dari pusat, provinsi, kabupaten/kota sampai puskesmas.
- c. Penataan kelembagaan kesehatan dilakukan mulai pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
- d. Pemenuhan sumber daya dilakukan untuk melaksanakan SPM dan program prioritas.
- e. Dilakukan sinkronisasi dan integrasi lintas program dan lintas sektor.
- f. Dilakukan peningkatan integrasi, interoperabilitas, dan pemanfaatan sistem informasi dan teknologi.
- g. Peran *steering* Kemenkes dalam menyusun NSPK dioptimalkan.
- h. Pembiayaan melibatkan swasta.
- i. Dilakukan peningkatan kapasitas Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

9.8 Health System Reserach yang Diperlukan

- a. *service availability and readiness assessment* (SARA) sarana dan SDM pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ada dalam SPM secara periodik;
- b. kesiapan daerah dalam melaksanakan SPM;
- c. penghitungan unit biaya dan besaran serta alokasi anggaran untuk SPM;
- d. riset implementasi PIS-PK dalam penyelesaian masalah kesehatan di wilayah kerja puskesmas;
- e. efektivitas dan evaluasi manfaat pelaksanaan desentralisasi dan SPM di setiap tingkatan administrasi.

Daftar Pustaka

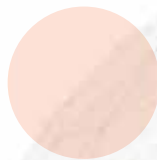
- Badan litbangkes 2014. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)*, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. 2007. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Misnaniarti. 2010. Aspek Penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Era Desentralisasi, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Vol. 1, No.1, Maret 2010.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI, No 39 Tahun 2016 *tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 49 Tahun 2016, *tentang Pedoman Teknis Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI, No. 4 Tahun 2019, *tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Peraturan Menteri Keuangan RI, No. 37/PMK.07/2016, *tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah*, Kementerian Keuangan RI, Jakarta.
- Peraturan Pemerintah RI, No. 18 tahun 2016, *tentang Perangkat Daerah*, Kementerian Sekretariat Negara RI, Jakarta.
- Peraturan Pemerintah RI, No. 2 tahun 2018, *tentang Standar Pelayanan Minimum*, Lembaran Negara RI No. 6178, Jakarta.
- Pudjirahardjo W.J. 2011 Pengembangan SDM Kesehatan di Era Desentralisasi dan Mekanisme Pasar, *Buletin Penelitian Kesehatan* Vol.15 No.1 Januari 2012.
- Roeslie E., Bachtiar A. 2018. Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* Volume 07 No. 02 Juni 2018. Halaman 64–73.

- RPJMN, Kementerian Kesehatan RI 2015. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Supriyanto dan Damayanti 2007, *Penganggaran/Budgetting Bidang Kesehatan*, Surabaya.
- Suwandi I.M., Yahya A.S. 2018. *Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan: Kajian Sektor Kesehatan 2018*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta. 2018.
- Pemerintah Indonesia. 2003. *Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor _____. Jakarta.
- Pemerintah Indonesia. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor _____. Jakarta.
- Pemerintah Indonesia. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298. Jakarta.
- Utami I.S. 2018. Desentralisasi, Korupsi, dan Tambal Sulam Pemerintahan Daerah di Indonesia, *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan*, Vol. 5 No.1, Maret 2018.



BAB 10

**PERAN PENELITIAN
DAN PENGEMBANGAN
DALAM PENGUATAN
SISTEM KESEHATAN**



BAB 10

Peran Penelitian dan Pengembangan dalam Penguatan Sistem Kesehatan

*Nurul Puspasari, Melyana, Febri Aryanto, Nariyah Handayani,
dan Luna Amalia*

10.1 Kontribusi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Tugas dan fungsi Badan Litbangkes tertera dalam Permenkes 64 Tahun 2015 tentang organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan. Pasal 667 menyatakan Badan Litbangkes mempunyai tugas melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan. Sementara itu, fungsi Badan Litbangkes tertera dalam Pasal 668, yakni sebagai berikut:

1. melakukan penyusunan kebijakan teknis penelitian dan pengembangan di bidang biomedik dan epidemiologi klinik, upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, sumber daya manusia dan humaniora kesehatan;
2. melaksanakan penelitian dan pengembangan kesehatan di bidang biomedik dan epidemiologi klinik, upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, sumber daya manusia, dan humaniora kesehatan;
3. melakukan pemantauan, evaluasi dan pelaporan penelitian dan pengembangan di bidang biomedik dan epidemiologi klinik, upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, sumber daya manusia, dan humaniora kesehatan;
4. melaksanakan administrasi Badan; dan
5. melaksanakan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Area kerja Badan Litbangkes meliputi penelitian, pengembangan, pemantauan, evaluasi dan pelaporan, serta penyusunan kebijakan teknis. Tidak hanya menghasilkan data penelitian yang dapat digunakan sebagai landasan pengambilan keputusan, Badan Litbangkes juga diharapkan melakukan penelitian evaluasi terhadap program-program kesehatan yang sudah berjalan.

Dengan tugas dan fungsi yang dimiliki, tidak salah Badan Litbangkes dianggap sebagai lokomotif kebijakan Kementerian Kesehatan. Guna menjawab tuntutan tersebut, Badan Litbangkes melakukan riset dengan menggunakan pendekatan *Client Oriented Research Activity* (CORA) yang berorientasi pada kebutuhan pengambil keputusan dan kebijakan. Badan Litbangkes harus dapat menghasilkan data penelitian yang berkualitas, akurat, dan bermanfaat bagi pengambilan keputusan dan perencanaan program.

Berdasarkan Permenkes Nomor 64 Tahun 2015, fungsi manajemen penelitian dan pengembangan kesehatan (litbangkes) dituangkan dalam 5 aspek, yaitu pemanduan litbangkes nasional (*stewardship*), penganggaran litbangkes, pelaksanaan litbangkes, utilisasi litbangkes, dan mobilisasi sumber daya.

10.1.1 Pemanduan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Pelaksanaan pemanduan penelitian dan pengembangan kesehatan nasional dilakukan oleh Badan Litbangkes dengan menyusun berbagai pedoman yang berkaitan dengan penelitian dari segi ilmiah, etik, dan manajemen baik yang bersifat internal Badan Litbangkes maupun nasional. Terdapat beberapa tim yang melaksanakan pembinaan dan pemanduan, antara lain Komisi Nasional Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (KNEPK), Tim Advokasi dan Penelaahan Perjanjian Alih Material, dan Sentra Kekayaan Intelektual.

Komisi Nasional Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan merupakan suatu lembaga nonstruktural dan independen yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap etik penelitian kesehatan dan juga menjadi wadah jejaring komisi etik di seluruh Indonesia. Dengan adanya pembinaan dan pemanduan dalam etik penelitian kesehatan, penelitian di Indonesia diharapkan dapat dilaksanakan dengan memperhatikan 3 prinsip dasar etik, yaitu menghormati harkat dan martabat manusia serta berbuat baik dan adil sehingga akan memberikan perlindungan bagi subjek penelitian dan peneliti itu sendiri (Kementerian Kesehatan, 2011).

Tim Advokasi dan Penelaahan Perjanjian Alih Material merupakan tim yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat, peneliti, pelaksana dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta lembaga penelitian dan pengembangan dari bahaya penyebaran juga gangguan kesehatan penyebab penyakit infeksi *new emerging* dan *re-emerging*, termasuk penyalahgunaannya sebagai senjata dan/atau bahan senjata biologi. Selain itu, hal tersebut memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi potensi ditemukan dan digunakannya ilmu pengetahuan dan teknologi penanggulangan penyakit infeksi *new emerging* dan *re-emerging* dalam menunjang ketahanan nasional. Hal itu juga memberikan dasar ilmiah bagi pelaksanaan program kesehatan dalam keadaan yang berdampak pada kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (*Public Health Emergency of International Concern/PHEIC*) di tingkat nasional dan internasional sesuai dengan *International Health Regulation 2004* dan ketentuan yang berlaku.

Sesuai dengan Permenkes Nomor 657/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik, dan Muatan Informasinya Pasal 15, tugas Tim Penelaah Perjanjian Alih Material adalah sebagai berikut:

- 1) menelaah kelengkapan dan kesesuaian persyaratan prosedur, substansi muatan, kepemilikan, penelusuran kembali dan pembagian kemanfaatan, proses pengiriman, penggunaan, pemantauan (*monitoring*) dan evaluasi seluruh dan/atau sebagian spesimen klinik, materi biologik dan/atau muatan informasinya;
- 2) mengidentifikasi potensi yang dapat timbul dari suatu pengiriman/ penerimaan yang mencakup ruang lingkup spesimen klinik, materi biologik dan/atau muatan informasinya;
- 3) harus berkonsultasi ke Komisi Nasional Penelitian Penyakit Infeksi dalam keadaan -prepandemik dan pandemik atau untuk kepentingan ketahanan nasional;
- 4) memberi rekomendasi kepada Menteri Kesehatan melalui Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan berdasarkan hasil telaah Tim.

Sentra Kekayaan Intelektual Badan Litbangkes dibentuk untuk menjadi fasilitator dalam perlindungan kekayaan intelektual dari hasil penelitian dan pengembangan kesehatan. Sentra Kekayaan Intelektual membina para peneliti dalam hal konsultasi hak atas kekayaan intelektual sehingga produk yang dihasilkan mendapatkan hak cipta, paten, dan rahasia dagang.

10.1.2 Pelaksanaan Litbangkes

Sejak berdiri pada tahun 1975, penelitian yang dilakukan Badan Litbangkes ditujukan untuk mencari solusi dari permasalahan kesehatan yang terjadi ataupun evaluasi terhadap program Kementerian. Mulai dari penelitian terkait dengan penanggulangan penyakit pes di Boyolali (tonggak berdirinya Balitbangkes), studi Longitudinal Multisenter JPS-BK dilakukan untuk menilai efektivitas penyaluran bantuan Jaring Keamanan Sosial Bidang Kesehatan dan banyak penelitian lainnya.

Penelitian Badan Litbangkes berasaskan *Client Oriented Research Activity* (CORA), yakni penelitian yang dilakukan untuk menjawab kebutuhan program termasuk evaluasi terhadap implementasi kebijakan dalam bidang kesehatan. Penelitian berbasis CORA dalam bentuk riset operasional dilakukan dengan pendekatan *problem solving cycle*, bertujuan untuk (Siswanto)

- 1) mengukur besaran masalah, misalnya Riset Kesehatan Dasar 2007, 2010, 2013, 2018, SDT, SRS/CRVS, Riset Khusus Vektora, Riset Schistosomiasis;
- 2) mencari penyebab masalah, termasuk di dalamnya Riskesdas, Kohor Tumbuh Kembang Anak, dan Kohor Faktor Risiko PTM;
- 3) mencari solusi masalah dengan melakukan berbagai riset intervensi;
- 4) mendapatkan data mengenai implementasi kebijakan, misalnya Riset Implementasi PIS-PK;
- 5) mengevaluasi program, misalnya Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas).

Selain riset di atas, dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi, Badan Litbangkes mempunyai luaran lain, di antaranya riset inovatif terutama dalam bidang farmasi (konsorsium vaksin DBD, vaksin TB, dan Fraksinasi Gambir). Dalam kurun waktu 2015–2017, tercatat sebanyak 75 rekomendasi kebijakan sudah dibukukan dan disampaikan kepada Unit Utama Kemenkes lainnya. Program Penanggulangan *Stunting* menjadi prioritas Presiden serta penyusunan *roadmap* eradikasi schistosomiasis adalah beberapa contoh keberhasilan advokasi hasil Litbangkes.

Setiap tahunnya Badan Litbangkes melakukan riset tingkat nasional dengan topik yang berbeda. Pada tahun 2014–2019 riset kesehatan nasional yang dilaksanakan oleh Badan Litbangkes adalah sebagai berikut.

Tabel 10.1
Riset Kesehatan Nasional Badan Litbangkes 2014–2019

Tahun	Nama Riset	Topik/Variabel	Representasi	Keterangan
2014	Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI)	Pola Konsumsi Masyarakat/	Provinsi	Merupakan bagian dari Studi Diet Total
2015	Analisis Cemaran Kimia Makanan (ACKM)	Cemaran kima pada makanan	Nasional	Merupakan bagian dari Studi Diet Total
2015	Riset Khusus Vektora	Vektor penyakit (tikus, kelelawar, nyamuk)	Nasional	Dilakukan secara bertahap.
2016	Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas)	Variabel yang diambil merupakan indikator kesehatan yang terdapat pada RPJMN dan Renstra Kesehatan	Nasional	
2016	Riset Penyakit Tidak Menular (Riset PTM)	Variabel yang terkait dengan kanker serviks dan kanker payudara	Nasional	
2016	Riset Khusus Vektora	Vektor penyakit (tikus, kelelawar, dan nyamuk)	Nasional	Dilakukan secara bertahap.
2017	Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes)	SDM kesehatan di puskesmas dan rumah sakit	Kabupaten/ kota	Dilakukan di seluruh puskesmas dan rumah sakit di Indonesia
2017	Riset Khusus Vektora	Vektor penyakit (tikus, kelelawar, nyamuk)	Nasional	Dilakukan secara bertahap.
2018	Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)	Variabel yang terkait dengan kesehatan masyarakat	Kab/kota	
2018	Riset Khusus Vektora	Vektor penyakit (tikus, kelelawar, nyamuk)	Nasional	Dilakukan secara bertahap.
2019	Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes)	Sarana dan prasarana pada fasilitas kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Praktik Dokter Mandiri, Praktik Bidan mandiri, Klinik, Apotek, Laboratorium mandiri, Dinas Kesehatan)	Nasional	Untuk pengumpulan data di puskesmas dilakukan di seluruh puskesmas di Indonesia

Selain riset kesehatan nasional di atas, dilakukan juga riset pembinaan, baik untuk internal Badan Litbangkes (Risbinkes) maupun yang dibuka secara umum, yaitu riset pembinaan kesehatan daerah (Risbinkesda) dan Riset Iptekkes.

Riset pembinaan kesehatan ditujukan kepada seluruh peneliti pertama di Badan Litbangkes yang bertujuan untuk pembinaan pada awal menjadi peneliti, sedangkan Risbinkesda merupakan riset pembinaan bagi dinas kesehatan provinsi sehingga dinas kesehatan provinsi dapat mengetahui permasalahan di daerahnya dengan berbasis bukti. Riset Iptekkes adalah riset kompetitif. Sasaran pesertanya adalah kalangan umum, yaitu dari perguruan tinggi, rumah sakit, dan lain-lain. Riset ini bertujuan untuk mendapatkan penelitian yang dapat memberikan alternatif solusi berkaitan dengan masalah kesehatan, menciptakan inovasi, meningkatkan mutu riset operasional, dan memperkuat jejaring kemitraan antar institut riset (<https://www.litbang.kemkes.go.id/riset-iptekkes-untuk-perbaikan-pembangunan-kesehatan/>).

Pelaksanaan penelitian dan pengembangan di Badan Litbangkes seringkali bekerja sama dengan berbagai pihak, baik internasional, nasional, provinsi maupun kabupaten/kota. Penelitian yang dilakukan bekerja sama dengan berbagai pegawai Litbangkes. Mereka akan membuat penelitian yang berdampak lebih luas dan komprehensif. Badan Litbangkes selama ini telah melakukan kerja sama yang terbagi dalam 4 karakteristik organisasi, yakni sebagai berikut:

- a. pemerintah (Provinsi Bengkulu, Lampung, Kabupaten Pasuruan, Kota Banjarmasin, BPS, dan Rumah Sakit Kanker Dharmais);
- b. perguruan tinggi (Universitas Hasanuddin, Universitas Islam Indonesia, Universitas Indonesia, Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta, Universitas Islam Malang, Universitas Tadulako Palu, dan Universitas Kristen Maranatha);
- c. organisasi profesi dan kemasyarakatan (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia);
- d. swasta (PT Deltomed Laboratories, PT Bintang Toedjoeh, PT Martina Bento, PT Indofarma, dan PT Deltomed Wonogiri).

10.1.3 Kemanfaatan Litbang

Manfaat Litbangkes di sini dijelaskan manfaat di dalam membuat *Priority Setting*, *Policy Formulation*, *Policy Implementation*, dan *Innovation Research*.

10.1.3.1 Merancang Prioritas Masalah (*priority setting*)

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan Indonesia, hasil penelitian digunakan sebagai data yang memberikan gambaran nyata tentang masalah yang terjadi di lapangan. Penelitian berguna untuk mengidentifikasi karakteristik subjek sehingga dapat diketahui kalangan yang memerlukan penanganan yang tepat dan cepat. Dalam menentukan faktor yang menyebabkan suatu kasus tertentu dalam masyarakat, penelitian menyajikan data dan informasi yang valid alasan suatu kasus terjadi dan penyebab yang berhubungan dengan kasus tersebut hingga tindakan pencegahan dan rehabilitasinya. Berdasarkan hal tersebut, dapat ditentukan kasus yang dijadikan prioritas dalam awal pembuatan kebijakan. Contohnya adalah Riskesdas menyajikan data tentang kesehatan masyarakat tingkat kabupaten kota di Indonesia. Dari informasi tersebut, pemegang kebijakan akan menentukan masalah yang menjadi prioritas untuk segera ditanggulangi.

10.1.3.2 Formulasi Kebijakan (*policy formulation*)

Pada tahap proses pembuatan kebijakan, penelitian berguna dalam memberikan informasi tentang program yang tepat sebagai jalan keluar dalam menangani kasus prioritas yang telah ditentukan pada tahap sebelumnya: *priority setting*. Pada tahap ini hasil penelitian menyajikan informasi yang menyokong dan melatarbelakangi pemilihan sasaran kebijakan dan program yang akan dibuat. Sebagai contoh, penelitian menunjukkan bahwa DKI Jakarta memiliki masalah kesehatan, antara lain, adalah aktivitas fisik rendah, konsumsi alkohol tinggi, dan konsumsi makanan berisiko

tinggi. Dengan informasi ini, kemudian dibuat kebijakan untuk menanggulangi masalah tersebut disesuaikan dengan kondisi dan situasi DKI Jakarta dan karakteristik penduduknya.

10.1.3.3 Implementasi Kebijakan (*Policy Implementation*)

Setelah sebuah program dibuat, program tersebut kemudian dilaksanakan. Peran penelitian adalah melihat rancangan program tersebut dapat efektif dalam menanggulangi kasus prioritas. Penelitian memberikan data tentang proses implementasi dan *output* pelaksanaan program dengan mengukur masalah berdasarkan indikator yang sesuai sehingga dapat dilihat implementasi program tersebut sudah tepat atau belum. Misalnya penelitian cara meningkatkan skrining inspeksi visual asam untuk mendeteksi kanker serviks di Indonesia menunjukkan bahwa meskipun pemerintah telah menetapkan program IVA sebagai pemeriksaan rutin, program ini masih rendah cakupannya sehingga dari informasi ini perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengevaluasi program.

Penelitian menyajikan data sebagai bahan untuk mengevaluasi program atau implementasi kebijakan. Sebagai lanjutan contoh tahapan sebelumnya, ketika ditemukan cakupan IVA rendah, penelitian diperlukan untuk menemukan penyebab masalah tersebut dan merumuskan rekomendasi pemecahan masalah. Setelah diteliti, ditemukan bahwa cakupan IVA rendah, antara lain, karena penyelenggaraan pemeriksaan tersebut membutuhkan dana yang menguras anggaran pelaksana dan kurangnya sarana dan prasarana. Untuk itu, rekomendasi yang muncul adalah perlunya anggaran khusus untuk pemeriksaan rutin tersebut.

10.1.3.4 Riset Inovatif untuk Meningkatkan Efektivitas dan Efisiensi Program Kesehatan

Beberapa contoh riset inovatif yang dilakukan oleh Badan Litbangkes adalah melakukan penelitian baru yang belum pernah dilaksanakan oleh program, tetapi sebenarnya diperlukan oleh program.

Misalnya: konsorsium riset antarlembaga penelitian (konsorsium riset vaksin dengue, Tb, Flu burung, HIV/AIDS; konsorsium riset biosimilar; dan konsorsium riset obat dihidroartemisinin/DHA), riset saintifikasi jamu, dan riset pengembangan model intervensi

Riset-riset ini dilakukan untuk memberikan alternatif pada program untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi program kesehatan.

10.2 Kerangka Kerja Komunikasi (*Communication Framework*)

Pengertian kerangka kerja komunikasi (*communication framework*), berdasarkan Thinkparallax (sebuah *agency branding* dan komunikasi yang berbasis di California, Amerika Serikat) adalah "*a communication framework is an externally facing, visual outline of activities that make up an organization's or department's overarching strategy*". Berdasarkan pengertian tersebut, kerangka kerja komunikasi merupakan strategi menyeluruh yang terdapat dalam sebuah organisasi yang bentuknya dapat berupa *visual outline* dari aktivitas-aktivitas organisasi tersebut. Sebuah kerangka kerja komunikasi berfungsi sebagai dasar untuk pengiriman pesan internal dan eksternal. Hal itu tidak hanya sebagai fondasi, tetapi juga mengatur semua prioritas dan inisiatif yang dapat menjadi pendorong atau pilar strategis untuk mencapai tujuan umum dan tujuan khusus.

Hampir serupa dengan yang disampaikan oleh Thinkparallax, WHO mendeskripsikan sebuah kerangka kerja sebagai cara untuk mendeskripsikan sebuah pendekatan strategis untuk mengomunikasikan informasi, saran, dan petunjuk secara efektif melintasi berbagai masalah (kesehatan).

Strategi yang dilakukan oleh Badan Litbang Kesehatan untuk mengomunikasikan hasil risetnya adalah melakukan komunikasi dengan para pemangku kepentingan. Badan Litbang Kesehatan harus mengetahui yang menjadi penerima manfaat hasil riset yang dilakukan dan Badan Litbang Kesehatan juga harus mengetahui mitra yang juga berkepentingan dengan hasil riset. Dengan melakukan pemetaan menggunakan alat bantu, dapat diketahui mitra dan penerima manfaat atas hasil riset Badan Litbang Kesehatan.

Berdasarkan Permenkes Nomor 64 Tahun 2015, dapat digambarkan mitra dan penerima manfaat aktivitas Badan Litbangkes melalui pemetaan dalam *Business Model Canvas* sebagaimana digambarkan dalam *Mission Model Canvas* (MMC) sebagaimana di bawah ini.

Key Partners K/L dan Lemlit K/L WHO Searo Asosiasi/Lembaga Profesi Dinkes Prov/Daerah	Key Activities Penelitian bidang kesehatan Pengembangan IPTEK kesehatan Key Resources Laboratorium TI (LIMS dan Repository)	Value Proposition Hasil Litbang Kesehatan berskala nasional atau tematik Rekomendasi Program Aplikasi E-Riset Aplikasi Repository Laporan Penelitian Aplikasi penerbitan buku	Buy-In/Support Rakerkesnas Raker Binwil Sosialisasi Kegiatan Simposium/Konferensi Forum/Seminar Kerja sama Penelitian Deployment Situs Web Jejaring (Litbang & Hellis) Media Sosial (FB, Instagram, Twitter) Aplikasi	Beneficiaries Internal (K/L, peneliti) Eksternal (Akademisi, Peneliti luar, NGO/LSM, Swasta)
Cost Structure APBN Dana Hibah/CSR		Mission Achievements Riset Kesehatan Nasional Rekomendasi Kebijakan Penelitian Terdaftar HKI		

Gambar 10.1
Mission Model Canvas (MMC) Badan Litbang Kesehatan

Dari MMC dapat diketahui mitra kunci Badan Litbang Kesehatan di antaranya kementerian dan lembaga serta lembaga penelitian di pemerintahan, WHO, asosiasi/lembaga profesi, serta dinas kesehatan provinsi dan daerah. Sementara itu, para penerima manfaat ada 2: internal (kementerian/lembaga, peneliti) dan eksternal (akademisi, peneliti di luar Badan Litbang Kesehatan, NGO/LSM, dan swasta).

10.3 *Client Oriented Research Activity* (CORA)

Sejak tahun 2016, Badan Litbang Kesehatan mengadopsi konsep CORA (*Client Oriented Research Activity*). CORA adalah orientasi riset yang berbasis pada kebutuhan klien, seperti kebijakan atau pengambilan keputusan, baik tingkat nasional maupun tingkat provinsi. CORA dipandang sebagai cara tepat dalam mengimplementasikan kebijakan kesehatan berbasis bukti. Dengan menggunakan CORA, peneliti Badan Litbang Kesehatan diharapkan dapat lebih aktif dalam menyelesaikan masalah kesehatan dengan cepat, mengompilasi hasil riset menjadi opsi kebijakan yang diimplementasikan, mengembangkan alat bantu untuk membuat formula baru obat-obatan, vaksin, dan mengomunikasikan hasil-hasil riset dengan lebih luas. Salah satunya digunakan sebagai sumber rujukan bagi akademisi.

Terdapat kunci sukses dari *research into action* dengan pendekatan CORA, yakni (Siswanto, 2019) sebagai berikut:

1. kesepakatan bersama antara *producers* dan *users* saat penetapan agenda riset (RNA);
2. kesepakatan bersama antara *producers* dan *users* saat penetapan topik, judul, pertanyaan penelitian, sampai dengan variabel;
3. sintesis hasil-hasil litbang (*systematic review*) dan pengemasan *actionable messages* (*policy paper, policy recommendation*);
4. kesepakatan bersama antara *producers* dan *users* saat diseminasi hasil riset untuk perubahan kebijakan.

10.4 Tantangan dan Arah ke Depan

10.4.1 Area Riset

Dalam arah kebijakan pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015–2019, penelitian dan pengembangan kesehatan sebagai salah satu strategi untuk “menguatkan manajemen, penelitian dan pengembangan, serta sistem informasi” sehingga program Litbangkes diharapkan dapat berkontribusi terhadap hal sebagai berikut:

- 1) peningkatan litbang untuk mendukung kebijakan pembangunan kesehatan berbasis bukti (*Evidence based policy*) serta pengembangan pengukuran responsiveness sistem kesehatan;

- 2) pengembangan pelaksanaan sistem pengumpulan data untuk pemantauan indikator pembangunan kesehatan;
- 3) penguatan riset bahan baku obat melalui pemanfaatan keanekaragaman hayati serta plasma nutfah dalam negeri;
- 4) pengembangan sistem informasi pelayanan kesehatan (*e-health*) dasar dan rujukan termasuk integrasi data rekam medis nasional;
- 5) penguatan kerja sama akademisi-swasta-pemerintah.

Arah kebijakan ini direfleksikan ke berbagai penelitian, di antaranya adalah riset skala nasional sebagai rujukan utama indikator RPJMN, studi *responsiveness*, sinkronisasi data riset dengan data program, penguatan riset *life science*, solusi pengembangan *e-health* di pelayanan kesehatan dan pelaksanaan penelitian konsorsium bersama universitas dan industri.

10.4.2 Area Manajemen

Meskipun berada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan, Badan Litbangkes juga menjadi bagian dalam mewujudkan sasaran RPJMN Bidang Iptek. Area kesehatan dan obat menjadi bagian dari 7 Program Utama Nasional Riset.

10.4.3 Tantangan

Beberapa tantangan yang terkait dengan pelaksanaan Litbangkes adalah sebagai berikut.

Tabel 10.2
Tantangan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Tantangan	Situasi	Aksi
Kelembagaan	Keberadaan BRIN	<i>Refocusing</i> Indikator Kinerja Kunci
Agenda riset	Akhir dan awal RPJMN-Renstra	Menyesuaikan dengan RPJMN, program <i>channeling</i>
Sumberdaya	Pengelolaan <i>single</i> dan mandiri (swakelola)	<i>Fund channeling</i> untuk skala nasional (Prioritisasi jenis riset dan studi jangka panjang; fungsi litbang di setiap unit; peta kebutuhan tenaga peneliti; rancangan anggaran jangka panjang)
SDM	Pembenahan ASN, menuju jabatan fungsional	Integrasi dan sistematika antar jabfung: peneliti, statistisi, prakom dan anjak
Kualitas penelitian	Belum ada self asesmen	Peningkatan relevansi, ketepatan waktu, dan pemanfaatan
Pemanfaatan	Ekspansif, tetapi sulit diukur/dimonitor	Penajaman strategi advokasi Optimalisasi Pemanfaatan teknologi dalam Litbang untuk mengikuti perkembangan zaman (<i>data real time, handy access</i>)
Publikasi internasional	Keterbatasan kemampuan	Penguatan kapasitas sebagai kontributor utama

Perubahan dalam aspek kelembagaan secara umum menjadikan fungsi penelitian, pengembangan, dan pengkajian penerapan (litbangjirap) dalam bidang kesehatan lebih leluasa dalam menghasilkan inovasi ataupun produk yang bernilai ekonomi tinggi. Perubahan ini merupakan upaya pemerintah untuk menjadikan Kemenristek/BRIN sebagai lembaga riset pemerintah yang menaungi semua fungsi litbangjirap yang ada di kementerian/ lembaga (K/L). Meskipun demikian, beberapa pertimbangan yang perlu menjadi perhatian dalam pembangunan kesehatan terkait dengan hubungan antara keberadaan BRIN dan fungsi litbangjirap di K/L, di antaranya adalah sebagai berikut.

- a) Prinsip dasar yang perlu dipahami adalah bahwa setiap unsur organisasi atau lembaga atau satuan kerja membutuhkan fungsi penelitian dan pengembangan yang tentunya mempunyai fungsi utama sebagai upaya memperbaiki kinerja atau *performance* suatu satuan kerja. Secara spesifik, untuk lembaga negara seperti Kementerian Kesehatan pada prinsipnya tetap membutuhkan fungsi litbangjirap yang tentunya lebih spesifik ke arah perbaikan dan pengembangan program yang didukung oleh kebijakan ataupun regulasi yang berbasis bukti dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- b) Perlunya dipahami perbedaan aspek teknis atau substansi dan manajemen dari suatu litbangjirap. Aspek teknis atau substansi yang mencakup kemampuan atau kapasitas lembaga penelitian dalam pengembangan inovasi dan teknologi kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal. Yang utama adalah terkait dengan dukungan dana yang cukup efektif yang dapat memaksimalkan kapasitas sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam teknologi dan inovasi. Sementara itu, dari aspek manajemen perlu dilihat kembali perbedaan antara manajemen suatu kegiatan litbangjirap dan manajemen suatu program kesehatan. Kebijakan dan aturan yang tidak membedakan keduanya menjadikan aspek manajemen belum bisa secara optimal seiring dengan kebutuhan penelitian dan pengembangan teknologi dan inovasi.
- c) Perubahan kelembagaan untuk fungsi penelitian dan pengembangan hendaknya tidak mengubah tingkatan struktur organisasi atau lembaga pemerintah tersebut menjadi lebih rendah dari kondisi saat ini yang dapat berdampak pada tingkat kewenangan ataupun ruang lingkup kerja dan sumber daya.
- d) Salah satu upaya Kementerian Kesehatan dalam menghadapi perubahan kelembagaan tanpa menghilangkan fungsi litbangjirap adalah melalui perubahan nomenklatur Badan Litbangkes menjadi Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Dalam nomenklatur baru ini diperlukan juga mempertimbangkan perubahan kebutuhan fungsional peneliti serta fungsional terkait dengan lainnya yang memperhatikan juga kondisi sumber daya yang ada saat ini dan keluaran atau indikator kinerja yang diharapkan.

Salah satu tantangan bagi para fungsional peneliti di Badan Litbangkes adalah bisa tetap berkarya dan berinovasi dalam upaya memperbaiki status kesehatan masyarakat. Hal itu dilakukan dengan memberikan bukti ilmiah yang valid dan akurat, memberikan analisis yang tajam dari berbagai sumber data untuk memonitor kemajuan pembangunan kesehatan dan pengembangan intervensi kesehatan agar memperkecil gap atau kesenjangan dalam pelayanan kesehatan. Selain itu, peneliti dapat memperbaiki kebijakan kesehatan yang menerapkan prinsip keadilan dan kesetaraan dalam pembangunan kesehatan tanpa membiarkan satu orang pun masyarakat Indonesia yang tertinggal dalam menjadikan dirinya individu yang sehat dan berkualitas.

Daftar Pustaka

Communication framework <https://www.thinkparallax.com/Insight/communication-framework/>.

WHO strategic communications framework for effective communications (lih buku WHO).

Siswanto. 2019. Manajemen Litbang dengan Pendekatan CORA, Paparan.

Layanan MTA. <https://www.litbang.kemkes.go.id/layanan-mta-material-transfer-agreement/>. Diakses 15 Oktober 2020.

Kementerian Kesehatan. 2011. Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan. Jakarta.



BAB 11
**UPAYA MEMPERKUAT
SISTEM KESEHATAN
NASIONAL**



BAB 11

Upaya Memperkuat Sistem Kesehatan Nasional

Nana Mulyana, Nirmala Ahmad Ma'ruf, Rosita, dan Sefrina Werni

Sistem adalah suatu keterkaitan di antara elemen-elemen dalam pola tertentu untuk mencapai tujuan tertentu. Terdapat dua prinsip dasar suatu sistem, yakni (1) elemen, komponen, atau bagian pembentuk sistem; dan (2) *interconnection*, yaitu saling keterkaitan antarkomponen dalam pola tertentu.

Sistem kesehatan merupakan suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia dan dalam bentuk material. WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai berikut.

Health system is defined as all activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health. Formal Health services, including the professional delivery of personal medical attention, are clearly within these boundaries. So are actions by traditional healers, and all use of medication, whether prescribed by provider or no, such traditional public health activities as health promotion and disease prevention, and other health enhancing intervention like road and environmental safety improvement, specific health-related education, are also part of the system.

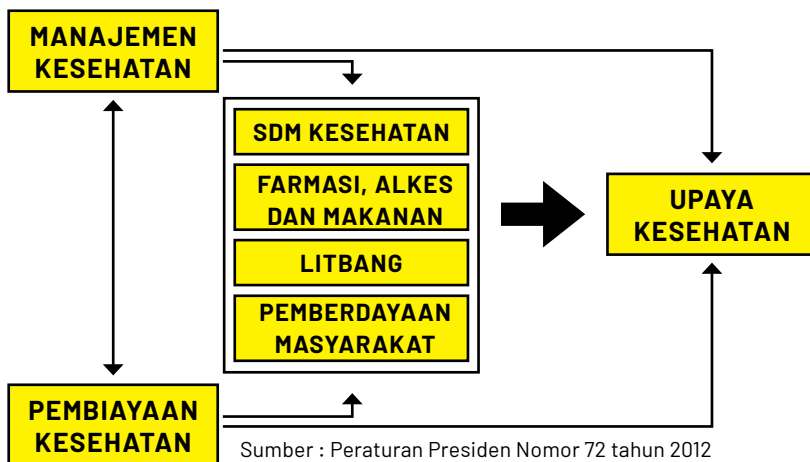
Sistem Kesehatan Nasional merupakan suatu bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan semua upaya bangsa Indonesia dalam satu langkah untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan merupakan proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan,

sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

Sistem Kesehatan Nasional Indonesia telah mengalami beberapa kali perubahan, mulai dari SKN 1982, SKN 2004, SKN 2009, dan SKN 2012 yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012. Pemutakhiran ini penting untuk dilakukan agar SKN yang pada hakikatnya merupakan pengelolaan kesehatan dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan sehingga perlu mengacu pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan. Hal itu ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005–2025 (RPJP-N); dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan tahun 2005–2025 (RPJP-K).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012, komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan kesehatan; pembiayaan kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan pemberdayaan masyarakat. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 secara terperinci telah menjelaskan setiap subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional tersebut.



Gambar 11.1
Hubungan antar subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional

Implementasi Sistem Kesehatan Nasional menghadapi berbagai macam tantangan. Pandemi COVID-19 dianggap menjadi suatu ujian bagi keberadaan SKN. Hal itu yang kemudian dinilai belum sepenuhnya siap menghadapi kondisi tersebut setidaknya dalam beberapa hal, seperti kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan, literasi masyarakat mengenai kesehatan, perilaku kesehatan, dan koordinasi lintas sektor.

Penguatan Sistem Kesehatan Nasional dipandang perlu dilakukan, bukan hanya terkait dengan kesiapan dalam kondisi pandemi, melainkan juga bagaimana mengantisipasi berbagai isu di dalam bidang kesehatan masa kini dan akan datang, misalnya transisi demografi, komunitas global yang kian terbuka, perubahan iklim, dan kecepatan kemajuan teknologi informasi. Penguatan sistem kesehatan dapat diartikan sebagai suatu perubahan yang berkelanjutan dan sistematis untuk meningkatkan efisiensi, ekuitas, dan efektivitas sektor kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar sistem kesehatan dapat mencapai tujuannya, yakni perbaikan status kesehatan, peningkatan status gizi masyarakat, perlindungan finansial, dan *responsiveness* sistem kesehatan.

Berdasarkan analisis mandiri unit utama Kementerian Kesehatan, maka diidentifikasi ranah penguatan Sistem Kesehatan Nasional, sebagai berikut:

1. Penguatan Subsistem Upaya Kesehatan

1.1 Penguatan Puskesmas dan Pelayanan Kesehatan Daerah Sulit

1.1.1 Penguatan Fungsi Puskesmas

Penguatan fungsi puskesmas adalah sebagai berikut:

- 1) penguatan fungsi UKM-promotif-preventif, nonranap (perkotaan) dan rawat inap (perdesaan, terpencil, dan sangat terpencil),
- 2) penguatan surveilans epidemiologi, dan
- 3) integrasi sistem informasi.
- 4) Koordinasi FKTP dan fasyankes lain

1.1.2 Penguatan Prasarana Puskesmas

Penguatan prasarana puskesmas adalah sebagai berikut:

- 1) pemenuhan puskesmas keliling (darat dan perairan) dan ambulans,
- 2) pemenuhan *telemedicine* di puskesmas DTPK, sarpras puskesmas sesuai dengan standar.

- 3) pengembangan menu DAK/BOK untuk biaya operasional ambulans air, *telemedicine*, dan jasa pelayanan promotif-preventif, dan
 - 4) paket sarana prasarana (termasuk internet) serta tenaga untuk DTPK.
- 1.1.3. Penguatan dalam hal jumlah puskesmas
Penguatan dalam jumlah puskesmas adalah pemenuhan sedikitnya 1 puskesmas per kecamatan.
- 1.1.4. Pemenuhan tenaga kesehatan
Pemenuhan tenaga kesehatan adalah sebagai berikut:
- 1) pemenuhan 9 jenis tenaga di puskesmas,
 - 2) penugasan dokter spesialis untuk memperkuat pelayanan di puskesmas, dan
 - 3) pemenuhan tenaga nonkesehatan di puskesmas.
- 1.1.5. Kualitas Tenaga
Peningkatan kualitas tenaga kesehatan dilakukan dengan cara sebagai berikut:
- 1) pelatihan pelatih (TOT) bagi tenaga kesehatan di dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota,
 - 2) pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan di puskesmas, penggunaan webinar, *e-learning*,
 - 3) pelatihan tenaga epidemiolog, promosi kesehatan, dan IT, dan
 - 4) kunjungan regular dokter spesialis.
- 1.1.6. Penguatan Pelayanan Kesehatan
Pelayanan kesehatan bergerak per kabupaten/kota, *flying health care* (FHC) di tingkat provinsi, *telemedicine* dan *e-health*, model datasering, dan kontrak pelayanan di DTPK.
- 1.1.7. Standarisasi
Perlu dilakukan standardisasi seperti berikut ini.
- 1) puskesmas 100% terstandarisasi, minimal utama,
 - 2) perubahan sistem standardisasi (ditekankan pada UKM), fokus pada kualitas; pemenuhan sarana prasarana dan tenaga

1.2 Penguatan Sistem Rujukan

- 1.2.1 Penguatan sistem rujukan
Peningkatan kualitas tenaga kesehatan dilakukan dengan cara sebagai berikut:
- 1) revisi Permenkes 01/12 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan,
 - 2) penguatan sistem rujukan upaya kesehatan masyarakat (UKM),
 - 3) tim Surveilans Epidemiologi pada setiap tingkat administrasi menangani rujukan UKM,
 - 4) integrasi seluruh sistem rujukan menjadi satu: Sisrute,
 - 5) penguatan rujukan maternal – neonatal,
 - 6) penguatan jejaring rujukan laboratorium, dan
 - 7) pengaktifan rujukan balik.
- 1.2.2 Penguatan RS Rujukan Nasional dan Regional
Penguatan RS rujukan nasional dan regional adalah sebagai berikut:
- 1) Pemetaan dan penetapan minimal 40 RS Rujukan Nasional dan minimal 110 RS Rujukan Regional,
 - 2) Peningkatan sarana prasarana RS Rujukan Nasional dan Regional,
 - 3) RS Rujukan Nasional Akreditasi Internasional,
 - 4) RS Rujukan Regional Akreditasi Paripurna, dan
 - 5) penguatan pengendalian penyakit dan *Health Security*.
- 1.2.3 Penguatan RS Khusus
Penguatan RS khusus adalah sebagai berikut:
- 1) penetapan RS umum dengan layanan unggulan,
 - 2) RS Khusus Akreditasi Internasional,
 - 3) pembangunan 4 RS khusus tambahan (otak, jantung, kanker, dan bedah),
 - 4) peningkatan sarana prasarana RS khusus, dan
 - 5) RS khusus rujukan nasional sebagai *center of excellence*.

- 1.2.4 Tempat tidur
 - 1) Penambahan jumlah tempat tidur
- 1.2.5 RS Pratama dan RS Bergerak

Yang dimaksud pratama dan RS bergerak adalah sebagai berikut:

 - 1) pembangunan RS pratama,
 - 2) pengembangan RS bergerak (kapal), dan
 - 3) *flying health care*.
- 1.2.6 *Sister Hospital*

Sister hospital adalah sebagai berikut:

 - 1) penguatan jejaring sistem kesehatan akademik pada puskesmas, RS rujukan regional, dan jejaring serta
 - 2) RS lainnya.
- 1.2.7 Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 - 1) Penguatan PKRS dalam Peningkatan Upaya Kesehatan Masyarakat

1.3 Pengendalian Penyakit dan *Health Security*

- 1.3.1 Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah sebagai berikut:

 - 1) perluasan cakupan penemuan kasus TB dengan perluasan tes TB,
 - 2) peningkatan keberhasilan pengobatan TB, dan
 - 3) RS dan FKTP swasta mengikuti regimen terapi program.
- 1.3.2 Malaria

Malaria adalah sebagai berikut:

 - 1) perluasan *Active Case Finding* (ACF) dan pengobatan malaria,
 - 2) peningkatan penemuan dan pengobatan kasus malaria di 23 kabupaten/kota dengan endemisitas tinggi; pengaktifan juru malaria desa, *Rapid Diagnosis Test* (RDT), pelatihan, pemenuhan obat, dan kelambu.

- 1.3.3 Kusta
Kusta adalah sebagai berikut:
- 1) perluasan penemuan kasus dan pengobatan,
 - 2) peningkatan keberhasilan pengobatan kusta,
 - 3) peningkatan kapasitas petugas puskesmas tata laksana kusta
- 1.3.4 Pneumonia
Pneumonia adalah sebagai berikut:
- 1) pengendalian pneumonia,
 - 2) penguatan implementasi MTBS untuk penanganan penyakit menular pada balita, dan
 - 3) peningkatan kapasitas nakes serta pemenuhan alat deteksi dini pneumonia.
- 1.3.5 Imunisasi Dasar Lengkap
Imunisasi dasar lengkap adalah sebagai berikut:
- 1) perluasan cakupan imunisasi dasar lengkap (*alert system*, kontrak pelayanan, vaksin halal, dll.),
 - 2) penambahan komponen imunisasi dasar lengkap (pneumonia + rotavirus),
 - 3) *integrated immunization registry*, dan
 - 4) pemantauan *real time* stok logistik.
- 1.3.6 Penyakit Tidak Menular
Penyakit Tidak Menular adalah sebagai berikut:
- 1) mengurangi faktor risiko PTM,
 - 2) meningkatkan aktivitas fisik
 - 3) meningkatkan regulasi lintas sektor pengendalian konsumsi rokok dan tembakau,
 - 4) meningkatkan pencegahan, skrining, dan pengendalian penyakit bawaan, khususnya talasemia, dan hemofilia, serta
 - 5) mengintegrasikan UKBM-PTM.
- 1.3.7 *Health Security*
Health Security adalah sebagai berikut:
- 1) penguatan surveilans *real time* penyakit berbasis laboratorium,

- 2) penguatan laboratorium penelitian dan pengembangan kesehatan dan Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL), jejaring laboratorium BSL2 setiap provinsi minimal ada 1 laboratorium BSL2,
- 3) peningkatan kesehatan lingkungan, termasuk limbah medis,
- 4) penguatan *food safety* dan pengendalian faktor risiko,
- 5) surveilans kesehatan pekerja dan dan penyakit akibat kerja,
- 6) penguatan kualitas air minum dan sanitasi,
- 7) pembentukan dan penguatan *National Epidemiology Surveillance Team (NEST)*, *Provincial Epidemiology Surveillance Team (PEST)*, *District Epidemiology Surveillance Team (DEST)*, Tim Epidemiologi Puskesmas (TEP), dan
- 8) pemenuhan sarana prasarana dan sumber daya manusia Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP).

2. Subsistem Sumber Daya Manusia (SDM)

2.1 Pemenuhan Tenaga

- 2.1.1 Pemenuhan Tenaga pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah
Pemenuhan tenaga pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah adalah sebagai berikut:
 - 1) penempatan 9 jenis nakes di puskesmas,
 - 2) pemenuhan dokter spesialis di puskesmas perawatan,
 - 3) pemenuhan tenaga nonkesehatan di puskesmas,
 - 4) pemenuhan tenaga kesehatan di RS, dan
 - 5) *sister hospital*, penempatan sementara.
- 2.1.2 Epidemiolog di Tingkat Nasional, Provinsi, Kabupaten/kota, Puskesmas
- 2.1.3 Tenaga Laboratorium BSL 2 di Setiap Provinsi

2.2 Produksi

Produksi adalah sebagai berikut:

- 1) beasiswa untuk wajib penempatan tenaga kesehatan di RS dan puskesmas,
- 2) pengembangan produksi tenaga kesehatan langka,
- 3) percepatan produksi dokter spesialis,
- 4) perekrutan permanen melalui jalur CPNS,
- 5) pengembangan penjurusan/peminatan mahasiswa Program Studi Keperawatan selama pendidikan, dan
- 6) pembatasan program studi jenuh.

2.3 Kualitas

Kualitas adalah sebagai berikut:

- 1) dokter tidak praktik ganda,
- 2) pelatihan bagi tenaga kesehatan di puskesmas (dokter keluarga, PHN, dan promkes dll.),
- 3) penetapan praktik dokter spesialis sesuai dengan kebutuhan berbasis wilayah, dan
- 4) insentif dan jenjang karier.

2.4 Distribusi

Distribusi adalah sebagai berikut:

- 1) redistribusi internal kabupaten/kota dan
- 2) pengaturan praktik dokter spesialis berbasis wilayah.

3. Kemandirian Obat dan Alat Kesehatan Dalam Negeri

3.1 Penguatan Sektor Hulu

- Penguatan industri kimia dasar dilakukan untuk mendukung bahan baku obat dan alkes, mendorong investasi, termasuk penguatan peran BUMN untuk produksi bahan baku, serta kerja sama pemerintah – swasta.

3.2 Penguatan Regulasi

- Relaksasi *regulatory* untuk produk dalam negeri, pemenuhan standar keamanan-mutu-manfaat berdasarkan hasil pengujian, dan regulasi kewajiban penggunaan produk dalam negeri.

3.3 Penguatan Operasional

- Penguatan SDM adalah untuk penguasaan teknologi, insentif pajak, pemenuhan kebutuhan lab uji terakreditasi, serta fasilitasi sentra uji klinik alat kesehatan.

3.4 Perlindungan Sektor Hilir

- Pelindungan sektor hilir adalah prioritas dalam katalog, implementasi tingkat komponen dalam negeri (TKDN) obat dan alat kesehatan, serta fasilitasi ekspor, baik melalui instrumen perdagangan maupun kerja sama internasional.

4. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

4.1 Kemandirian Obat, Vaksin, dan Alat Kesehatan

Kemandirian Obat, Vaksin, dan Alat Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) riset bahan baku obat (API),
- 2) riset vaksin, biosimilar, dan
- 3) riset alat kesehatan dan diagnosis kit.

4.2 Riset Inovasi Penguatan Sistem Kesehatan

Riset inovasi penguatan sistem kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) riset inovasi intervensi kesmas,
- 2) riset inovasi penurunan *stunting*, dan
- 3) riset inovasi penurunan AKI – AKB.

4.3 Riset Kesehatan Nasional untuk Mendukung SDG'S dan RPJMN

Riset kesehatan nasional untuk mendukung SDG'S dan RPJMN adalah sebagai berikut:

- 1) riset terkait dengan konsumsi dan status gizi,
- 2) riset *Burden of Disease*, dan
- 3) riset Kesehatan Dasar 2023.

5. Manajemen Pelayanan Kesehatan

5.1 Digitalisasi Pelayanan Kesehatan

Digitalisasi pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) pelembagaan digitalisasi,
- 2) *single entry* pelayanan kesehatan,
- 3) digitalisasi posyandu,
- 4) digitalisasi input data puskesmas,
- 5) penguatan satu data kesehatan,
- 6) penguatan e-logistik farmasi,
- 7) integrasi data pelayanan Kemkes/Dinkes - BPJS Kesehatan.

5.2 Desentralisasi dan Penguatan Dinas Kesehatan

Desentralisasi dan Penguatan Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) meningkatkan kapasitas Dinas Kesehatan dalam manajemen program dan
- 2) mengembangkan akreditasi bagi Dinas Kesehatan

5.3 Kelembagaan dan Regulasi

Yang berkaitan dengan kelembagaan dan regulasi adalah sebagai berikut:

- 1) RPP pengurangan faktor risiko PTM dan regulasi terkait dengan rokok dan tembakau,
- 2) revisi UU SJSN, dan
- 3) revisi UU BPJS Kesehatan.

6. Pemberdayaan Masyarakat

6.1 Desa/Kelurahan Terapkan 5 Pilar STBM dan Setop Buang Air Besar Sembarangan

Tiap desa/kelurahan harus menerapkan lima pilar STBM dan berupaya menyetop kebiasaan buang air besar sembarangan. Hal itu dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) peningkatan kapasitas kader dan sanitarian untuk pendampingan masyarakat,
- 2) penguatan komitmen daerah/pimpinan daerah mewujudkan kabupaten/kota ODF dan 5 pilar STBM,
- 3) inovasi dan pengembangan teknologi tepat guna (TTG), sarana pendukung ODF, dan 5 pilar STBM,

6.2 Peningkatan Peran Serta Masyarakat dan Sektor Swasta dalam Penurunan AKI AKB

Peran serta masyarakat dan sektor swasta perlu ditingkatkan untuk menurunkan dalam AKI AKB, yaitu sebagai berikut:

- 1) pelaksanaan P4K di desa/kelurahan
- 2) penguatan peran PKK dalam pelaksanaan kelas ibu (hamil dan balita) di desa/kelurahan,
- 3) rumah tunggu kelahiran (RTK) yang dikelola oleh masyarakat,
- 4) pendampingan ibu hamil dan ibu balita oleh kader, dan
- 5) peran keluarga dalam pemantauan KIA (menggunakan buku KIA).

6.3 Revitalisasi Posyandu

Revitalisasi posyandu dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) menyiapkan media edukasi di posyandu,
- 2) mengembangkan sistem informasi di posyandu (digitalisasi pelayanan E-PPGBM, entri data dengan Android dan tablet),
- 3) membina pokjanel posyandu secara berjenjang agar menjadi posyandu mandiri, dan
- 4) memasukkan program perkembangan anak.

6.4 Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Pengasuhan dan Pemantauan Kesehatan Anak

6.4.1 Padat Karya Tunai Desa

- 1) Padat Karya Tunai Desa Gizi Masyarakat
- 2) Padat Karya Tunai Desa Kesehatan Lingkungan

6.4.2 Peningkatan Peran Swasta

Penguatan peran swasta adalah sebagai berikut:

- 1) penguatan forum swasta dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dan
- 2) dukungan swasta dalam bidang kesehatan (pembiayaan, sarana, prasarana, pendidikan, dan pelatihan).

6.4.3 Penguatan UKBM Lain

Penguatan UKBM lain adalah sebagai berikut:

- 1) posbindu PTM, posyandu /pos UKK, dan posyandu lansia,

- 2) integrasi UKBM dalam rumah desa sehat, dan
 - 3) mekanisme insentif bagi kader.
- 6.4.4 Literasi Kesehatan bagi Masyarakat dengan Media Daring (*online*)
- Literasi kesehatan bagi masyarakat dengan media daring (*online*) adalah sebagai berikut:
- 1) pengembangan dan strategi literasi kesehatan bagi masyarakat secara digital dan
 - 2) digitalisasi literasi kesehatan bagi puskesmas/ kader, keluarga dan masyarakat.
- 6.4.5 Penguatan Kabupaten Kota Sehat
- Penguatan kabupaten kota sehat adalah sebagai berikut:
- 1) meningkatkan kapasitas kabupaten/kota dalam pelaksanaan kabupaten/kota sehat,
 - 2) mengimplementasikan kesehatan kerja untuk pekerja formal di perusahaan,
 - 3) mencegah dan mendeteksi dini penyakit di lingkungan kerja.
- 6.4.6 Revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan Madrasah, Penguatan Pesantren Sehat dan Kampus Sehat
- Revitalisasi usaha kesehatan sekolah (UKS) dan madrasah, penguatan pesantren sehat, dan kampus sehat adalah sebagai berikut:
- 1) revitalisasi usaha kesehatan sekolah dan madrasah, penguatan pesantren sehat dan kampus sehat,
 - 2) padat karya tunai desa kesehatan lingkungan pondok pesantren, dan
 - 3) pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), termasuk skrining kesehatan.

7. Penguatan Pembiayaan Kesehatan

7.1 Pembiayaan Kesehatan Bersumber dari Pemerintah dan Swasta/Masyarakat

7.1.1 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Upaya kesehatan masyarakat (UKM) adalah sebagai berikut:

- 1) pembiayaan promotif dan preventif (*Sustainable Development Goals*), Standar Pelayanan Minimal, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan
- 2) Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), Program UKM lainnya, Penguatan *health system preparedness*.

7.1.2 Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

- 1) Jaminan Kesehatan Nasional, Asuransi swasta, dan *self medicine* (sakit ringan)

7.1.3 Penguatan infrastruktur dan manajemen

- 3) Advokasi pembiayaan kesehatan (fasilitas kesehatan, SDM Kesehatan, obat dan alat kesehatan, akreditasi, manajemen, teknologi informasi)

7.2. Inovasi Pembiayaan Kesehatan

7.2.1 Kontrak Pelayanan Nonpemerintah: Keterlibatan dan Peran Swasta dan Masyarakat (Individu ataupun Kelompok)

Kontrak Pelayanan Nonpemerintah adalah sebagai berikut:

- 1) melaksanakan noninfrastruktur untuk program-program kesehatan (mendorong CSR, filantropi, pemanfaatan swakelola tipe III dan pengembangan *Blended Finance*) serta
- 2) mengatur dan memastikan keterlibatan dukungan swasta murni secara berkelanjutan dalam pelaksanaan program kesehatan dan pelayanan kesehatan.

7.2.2. Peningkatan Peran Keterlibatan Pemerintah Daerah dari sisi Pembiayaan Kesehatan

Peningkatan peran keterlibatan pemerintah daerah dari sisi pembiayaan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) memastikan anggaran kesehatan 10% di luar gaji teralokasi dengan baik, khususnya untuk pemenuhan sisi suplai program kesehatan di daerah,
- 2) melembagakan anggaran kesehatan berbasis *costing* untuk semua program kesehatan di daerah,
- 3) melaksanakan *costing* pembiayaan untuk program-program kesehatan masyarakat, dan
- 4) melembagakan pelaksanaan *Provincial Health Account* (PHA) dan *District Health Account* (DHA) di daerah.

7.2.3. Pelaksanaan Belanja Kesehatan Strategis (BKS) atau *Strategic Health Purchasing* (SHP) pada Program Prioritas Kesehatan dan JKN

Pelaksanaan Belanja Kesehatan Strategis (BKS) atau *Strategic Health Purchasing* (SHP) pada Program Prioritas Kesehatan dan JKN adalah sebagai berikut:

- 1) perbaikan Belanja Kesehatan pada Program Prioritas Kesehatan dan JKN agar lebih efektif, efisien, dan akuntabel,
- 2) keberpihakan anggaran yang lebih besar pada kegiatan promotif -preventif,
- 3) perlindungan kelompok rentan, termasuk ibu hamil, balita, dan lanjut usia,
- 4) pengujian *co-sharing* BPJS Kesehatan dan kapitasi berbasis kinerja,
- 5) insentif berbasis kinerja (BOK),
- 6) pembayaran jasa *telemedicine*, dan
- 7) kontrak pelayanan nonpemerintah.

Daftar Pustaka

Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.



BAB 12
EPILOG



BAB 12

Epilog

Harimat Hendarwan

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Pembangunan kesehatan merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Agar pembangunan kesehatan dapat selalu berjalan pada arah yang tepat, perlu dilakukan pemantauan terhadap pencapaian target yang diharapkan, untuk kemudian dilakukan koreksi sesuai dengan permasalahan yang dihadapi. Berbagai inovasi perlu dilakukan untuk mengakselerasi pencapaian tujuan pembangunan kesehatan dan mengatasi permasalahan yang terjadi.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan adalah unsur pendukung di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. Badan Litbangkes mempunyai tugas melaksanakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan. Sejak keberadaannya, telah banyak kontribusi yang diberikan oleh Badan Litbangkes terhadap pembangunan kesehatan, tidak hanya penyediaan data yang valid, tetapi juga berbagai inovasi yang dibuat untuk mengatasi permasalahan dan tantangan kesehatan yang dihadapi.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas), Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes), dan Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) merupakan bagian dari Riset Kesehatan Nasional yang, antara lain, bertujuan untuk memberikan bahan masukan dan evaluasi untuk program, termasuk pula memberikan informasi mengenai besaran beberapa masalah kesehatan.

Pada tahun 2018, Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan, perguruan tinggi, dan para ahli di Indonesia melakukan kolaborasi dengan *Institute for Health Metric and Evaluation* (IHME) untuk melakukan *Global Burden of Disease* atau analisis beban penyakit di Indonesia. Penelitian ini menghasilkan gambaran keadaan penyakit di Indonesia yang terjadi dari tahun 1990 hingga 2017. Hasil penghitungan analisis beban penyakit menggambarkan bahwa transisi epidemiologi telah terjadi di Indonesia. Analisis beban penyakit bermanfaat dalam kebijakan kesehatan untuk menilai kinerja program kesehatan, mengidentifikasi masalah yang perlu dikendalikan terkait dengan faktor risiko kesehatan sebagai sumber informasi perencanaan untuk intervensi kesehatan serta penentuan prioritas masalah kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Kontribusi Badan Litbangkes dalam area subsistem upaya kesehatan tercermin pada banyaknya studi yang dilakukan terkait dengan fasilitas pelayanan kesehatan, kesehatan ibu dan anak, gizi, penyakit menular, dan penyakit tidak menular, baik riset kesehatan skala nasional maupun riset-riset yang tersebar di seluruh Satuan Kerja Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan, riset fasilitas kesehatan yang telah 2 kali dilaksanakan, pada tahun 2011 dan 2019 memberikan gambaran mengenai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas, dokter dan bidan praktik mandiri, apotek, serta laboratorium klinik mandiri. Penelitian lain yang juga dilakukan, antara lain, adalah sistem rujukan terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kesiapan fasyankes, permasalahan rujuk balik, serta akreditasi pelayanan kesehatan primer dan rujukan.

Studi-studi khusus terkait dengan masalah gizi mengukuhkan adanya masalah gizi yang belum dapat diselesaikan (*unfinished*), seperti gizi kurang dan pendek (*stunting*), serta masalah gizi yang sudah meningkat dan mengancam kesehatan masyarakat (*emerging*). Dalam hal pengendalian penyakit menular, berbagai riset telah dilakukan terkait dengan tuberkulosis, HIV-AIDS, hepatitis, pneumonia, kusta frambusia, filariasis, schistosomiasis, malaria, dan sebagainya. Telah pula dilakukan Riset Vektor dan Reservoir Penyakit demikian pula riset-riset mengenai penyakit tidak menular, seperti penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, kanker, dan penyakit paru obstruksi kronis. Sampai saat ini juga masih berjalan penelitian kohort penyakit tidak menular dan kohort tumbuh kembang.

Terkait dengan subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan, Badan Litbangkes juga telah melakukan berbagai penelitian dan kajian terhadap desentralisasi kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan sebagainya. Penguatan terhadap informasi kesehatan dilakukan melalui berbagai penelitian dan pengembangan mengenai sistem registrasi vital, seperti penguatan sistem pencatatan kelahiran, kematian dan penyebab kematian sebagai bagian dari Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati (PS2H), dan *Sample Registration System* (SRS). Penelitian lain adalah pencatatan dan pelaporan data rutin imunisasi dan kesehatan ibu dan anak (KIA).

Kontribusi bagi subsistem sumber daya manusia kesehatan ditandai dengan penelitian-penelitian khusus mengenai internsip, Nusantara Sehat, bahkan penelitian skala Nasional Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) 2017 yang menelusuri secara lebih terperinci kondisi ketenagaan di puskesmas dan RS. Kondisi ketenagaan yang dimaksud meliputi manajemen ketenagaan, distribusi tenaga kesehatan, status kepegawaian tenaga kesehatan di puskesmas, penugasan ganda (*multitasking*) dan pendelegasian wewenang (*task shifting*), motivasi, kepuasan kerja, retensi, dan sebagainya.

Penguatan subsistem farmasi dan alat kesehatan juga telah dilakukan, termasuk melalui pelaksanaan Riset Tumbuhan Obat dan Jamu (Ristoja). Selain itu, Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) juga menelusuri gambaran tentang obat dan alat kesehatan, termasuk perencanaan dan pembiayaan obat, pengadaan, distribusi, dan pelayanan kefarmasian. Dalam mendukung program pemerintah melalui percepatan pengembangan industri farmasi dan mengurangi ketergantungan impor bahan baku, Badan Litbangkes berkontribusi mewujudkan program tersebut melalui riset dan pengembangan kemandirian bahan baku obat.

Dukungan terhadap subsistem pembiayaan kesehatan telah dilakukan Riset Pembiayaan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada tahun 2015, Riset Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) tahun 2016, bantuan operasional kesehatan (BOK), dana alokasi khusus (DAK), dan sebagainya.

Tak dapat dimungkiri, dalam 45 tahun perjalanannya, telah banyak warna yang diberikan oleh Badan Litbangkes terhadap pembangunan kesehatan. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan akan selalu dibutuhkan untuk mengawal pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam tataran program, kebijakan yang berbasis data, *evidence based policy*, menjadi suatu hal yang mutlak agar dapat menghasilkan kebijakan yang tepat dan sesuai. Hal tersebut dapat diperoleh dari hasil-hasil penelitian dan pengembangan. Tuntutan dan kebutuhan masyarakat juga harus selalu diimbangi dengan akselerasi teknologi obat-obatan dan alat kesehatan. Tidak salah bila kemudian WHO menyebut “*No health without research*”. Tetap jaya penelitian dan pengembangan kesehatan Indonesia.

BIOGRAFI PENULIS



dr. Siswanto, M.H.P., D.T.M.H.

Merupakan Analis Kebijakan Utama Badan Litbangkes. Lahir di Tuluagung, 27 Mei 1960, dr. Siswanto menempuh pendidikan kedokteran di FK Unair, melanjutkan pendidikan di University of New South Wales, Sidney dan mendapatkan gelar Master of Health Planning, serta menempuh pendidikan pula di Nagasaki Univerity, Diploma of Tropical Medicine. Dia memulai karier sebagai dokter Puskesmas Samigaluh di Kabupaten Kulonprogo, DIY dan sebelum menjadi Analis Kebijakan Utama, dr. Siswanto pernah menjabat sebagai Kepala Badan Litbangkes dari tahun 2016–2020. Berbagai publikasi dan makalah seminar telah dihasilkan terutama di bidang Kebijakan Kesehatan.



Dr. dr. Harimat Hendarwan, M.Kes.

Alumni Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (Unpad) melanjutkan Pendidikan S-2 dan kemudian lulus menjadi doktor dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2010. Dia pernah menjadi dokter pegawai tidak tetap (PTT) di Kabupaten Wonosobo sebelum akhirnya mengabdikan diri sebagai pegawai negeri sipil sekaligus peneliti di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sejak tahun 2000 sampai dengan sekarang. Beberapa penghargaan yang pernah diterima, antara lain, adalah Dokter Teladan Kabupaten Wonosobo tahun 1998, Pemenang I Lomba Karya Tulis tentang Kesehatan RSIA Mary Cileungsi tahun 2003, Wisudawan Terbaik Pertama Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia tahun 2003, Peringkat I Diklatpim IV Kemenkes tahun 2015, Peringkat II Diklat Jabatan Fungsional Peneliti LIPI Tingkat Lanjutan Gelombang I tahun 2015, Lima terbaik Diklatpim III Angkatan II tahun 2018 BBPK Jakarta, dan Juara I Penghargaan Riset Kemenkes tahun 2018 yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, serta peneliti/analisis Kebijakan Favorit Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan tahun 2019. Selain itu, dia mendapatkan pula Tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya X dan Satyalancana Karya Satya XX



Nunik Kusumawardani, M.Sc., P.H., Dr. P.H

Lulus program doktoral di bidang promosi kesehatan dari Centre for Environment and Population Health Griffith University Queensland Australia pada tahun 2011. Penelitian program doktornya mencakup area promosi kesehatan berbasis sekolah pada remaja di Indonesia, Australia, dan China. Sebelum mengikuti program doktoral, Dr. Nunik menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Gizi di Jakarta tahun 1989, sarjana kesehatan masyarakat jurusan Epidemiologi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia tahun 1999, serta Master of Science in Public Health di Griffith University Queensland Australia untuk bidang Public Health Epidemiology pada tahun 2002. Dr. Nunik bekerja di Badan Litbang Kementerian Kesehatan sejak tahun 1996 dan saat ini bertugas sebagai Kepala Subbidang Penelitian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa di Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med.

Lahir di Surabaya 17 Juli 1960, menyelesaikan kuliah dan lulus sebagai dokter pada tahun 1987 dan lulus doktor pada tahun 2008 di Universitas Airlangga. Dia kuliah S-2 dan menyanggah gelar Master of Medicine Public Health diselesaikan tahun 1992 di National University of Singapore. Meneliti menjadi pekerjaan utama sebagai pegawai negeri di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang ditekuni sejak tahun 1989 dan mencapai gelar tertinggi jabatan fungsional sebagai Peneliti Ahli Utama pada tahun 2012. Selain sebagai peneliti, dia pernah pula menjabat sebagai kepala subbidang dan kepala bidang di institusi yang sama. Dia telah menghasilkan publikasi ilmiah karena publikasi ilmiah menjadi kewajiban sebagai peneliti. Total publikasi sampai dengan saat ini mencapai lebih dari 90 karya tulis ilmiah, yakni berupa artikel di jurnal dan buku. Tidak hanya menulis, Prof. Lestari juga berperan menjadi mitra bestari di beberapa jurnal, antara lain Jurnal Tumbuhan Obat Indonesia, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan dan pernah mengelola Buletin Penelitian Sistem Kesehatan sebagai Ketua Dewan Redaksi. Dia juga aktif menjadi anggota editor untuk Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan dan sesekali menjadi editor di LIPI Press.

TIM PENULIS

Pengarah:

dr. Slamet, M.H.P./ Kepala Badan Litbangkes

Penanggungjawab:

Dr. Nana Mulyana/Sekretaris Badan Litbangkes

Anggota:

dr. Tety Racmawaty, M.Si.; Dr. Wahyu Puji Nugraheni, S.K.M., M.Kes.;
Syarifah Nuraini, S.Sos.; Dr. Tita Rosita, M.K.M.
Dr. dr. Teti Tejayanti, M.K.M.; Dr. Dwi Hapsari Tjandrarini, S.K.M., M.Kes.
Rofingatul Mubasyiroh, S.K.M., M.K.M.; Helena Ulliyartha, M.Biomed
Dr. Miko Hananto, S.K.M., M.Kes.; Dr. dr. Sri Idaiani, Sp.K.J.
Dr. dr. Muhammad Karyana, M.Kes.; dr. Yusleli Usman, M.Kes.
dr. Retna Tika Indah, M.K.M.; dr. Rossa Avrina, M.Epid.
dr. Armaji Kamaludin Syarif, M.K.M.; Dr. dr. Telly Purnamasari, M.Epid.
Heny Lestari, S.K.M., M.K.M.; Yuyun Yuniar, S.Si., Apt., M.A.
Ully Adhie Mulyani, S.Si., Apt.; Dra. Ani Isnawati, Apt.
Nanang Yunarto, S.Farm., Apt., M.Si.; dr. Tri Juni Angkasawati, M.Kes.
drg. Hendrianto Trisnowibowo, M.A.R.S.
Prof. Dr. Dede Anwar Musadad, S.K.M., M.Kes.
Dr. Gurendro Putro, S.K.M., M.Kes.
Nurul Puspasari, S.K.M., M.K.M.; Melyana, S.K.M., M.E.
Febri Aryanto, S.Kom., M.TI.; Nariyah Handayani, S.Kom., M.K.M.
Luna Amalia, S.K.M., M.K.M.; Nur Aeni Amalia, S.K.M., M.P.H.
Meilinda, S.K.M., M.K.M.; Djunaedi, S.K.M.
Nirmala Ahmad Ma'ruf, S.K.M., M.Si.; Rosita, S.K.M., M.P.H.
dr. Sefrina Werni



Diterbitkan oleh :

LEMBAGA PENERBIT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
Jalan Percetakan Negara No. 23, Jakarta 10560
Telp. (021) 4261088, ext. 222,223. Fax. (021) 4243933

ISBN 978-602-373-179-4



9 786023 731794