



Kementerian PPN/
Bappenas

Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputan Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas
2023

Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia

Penulis

Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH
Pungkas Bahjuri Ali, Ph.D
Dewi Amila Solikha, M.Sc.
dr. Ahmad Fuady, M.Sc, Ph.D
Euis Ratna Sari, ME.KK



Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputan Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas
2023



Diterbitkan dan dicetak oleh

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedepatian Pembangunan Manusia,
Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas

Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310

Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603, Email: kgm@bappenas.go.id

Didukung oleh DFAT/Australia Indonesia Health Security Partnership (AIHSP)

Cetakan pertama: Juli 2023

ISBN: 978-6235-623-030

Hak Penerbitan @ Kementerian PPN/Bappenas

Dilarang mengutip dan memperbanyak tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, photoprint, microfilm dan sebagainya.

DAFTAR ISI

1. Konsep dan Perkembangan SKN	1
2. Metode & Ruang Lingkup	12
3. Isu Strategis SKN	14
4. <i>Review</i> SKN	46
5. Reformulasi SKN	106
6. Interkoneksi SKN	141

KATA PENGANTAR

Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia disusun sebagai upaya Pemerintah untuk melakukan pembenahan pembangunan kesehatan Indonesia. *Review* dilakukan untuk mengevaluasi kinerja SKN selama beberapa tahun terakhir. Buku ini tidak hanya memuat *review* atas perkembangan SKN dari masa ke masa, namun juga memuat reformulasi SKN yang diperlukan dalam pembangunan kesehatan ke depan yang terdiri atas: 1) reformulasi kerangka konsep/*framework* SKN, 2) reformulasi tujuan SKN, 2) reformulasi subsistem SKN. Selain itu, analisis ini dilengkapi dengan interaksi dinamis antarsubsistem SKN dan interaksi SKN dengan sistem lain di luar kesehatan.

Review dan reformulasi SKN disusun oleh tim penulis dengan melibatkan seluruh masukan dari berbagai pakar di bidangnya. Analisis ini dapat menjadi acuan baik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah juga Organisasi Non-Pemerintah untuk bergerak bersama membangun Indonesia yang lebih baik.

Salam sehat untuk menuju perubahan pembangunan kesehatan.

Tim Penulis

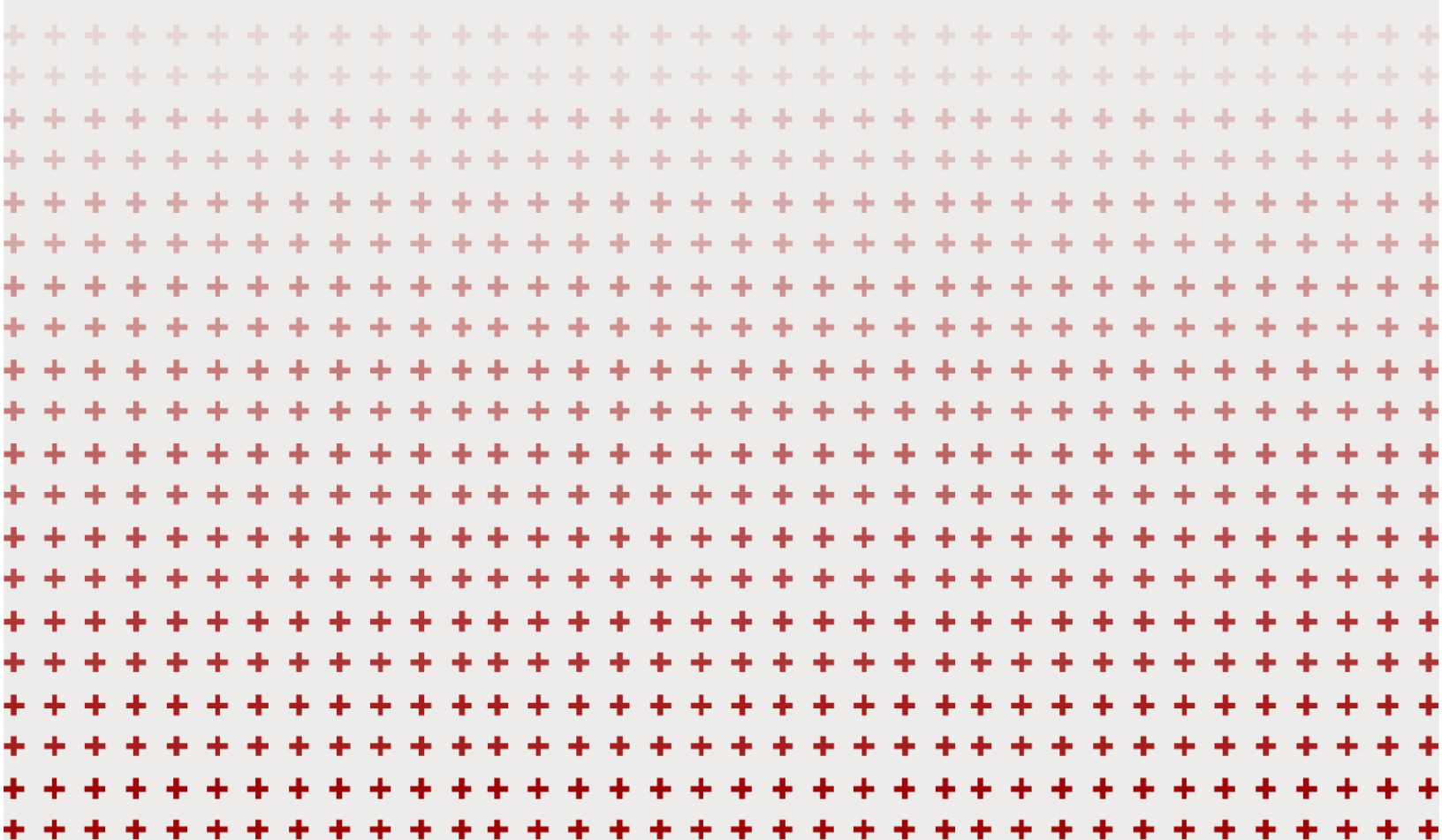
UCAPAN TERIMA KASIH

Penghargaan dan ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh pihak yang membantu memberikan sumbangsih pemikiran dalam perumusan *review* dan reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia.

Pengarah	Drs. Amich Alhumami, MA, M.Ed, Ph.D
Penanggung Jawab	Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D
Narasumber	<ol style="list-style-type: none">1. dr. R. Hapsara Habib Rahmat2. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D.3. Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, Dr.PH4. Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K)5. Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), MARS, DTM&H, DTCE, FISR6. Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito, M.Sc., Ph.D.7. I Made Suwandi, Ph.D.8. Dr. dr. M. Adib Khomeidi, Sp.OT(K)9. dr. Iwan Ariawan, MPH10. dr. Widoyono, MPH11. Prastuti Soewondo, MPH., Ph.D.12. Dr. dr. Andreasta Meliala, M.Kes13. Dr. Dra. Lucia Rizka Andalucia, Apt. M.Pharm, MARS.14. Sugianto, M.Sc.PH.15. dr. Imran Pambudi, MPHM
Tim Australia-Indonesia Health Security Partnership (AIHSP)	<ol style="list-style-type: none">1. John Leigh, MBA1. Dr. dr. Anung Sugihantono, M.Kes2. Lea Suganda, MKM3. Andrew Japri
Tim Pendukung	<ol style="list-style-type: none">1. Muhammad Zaki Firdaus, S.Farm., Apt.2. Muhammad Dzulfikar Arifi, SKM3. drg. Fatimah Rahmatya Gita Isjwara4. Dewi Ratih, S.Gz

1

Konsep dan Perkembangan SKN



1. KONSEP DAN PERKEMBANGAN SKN

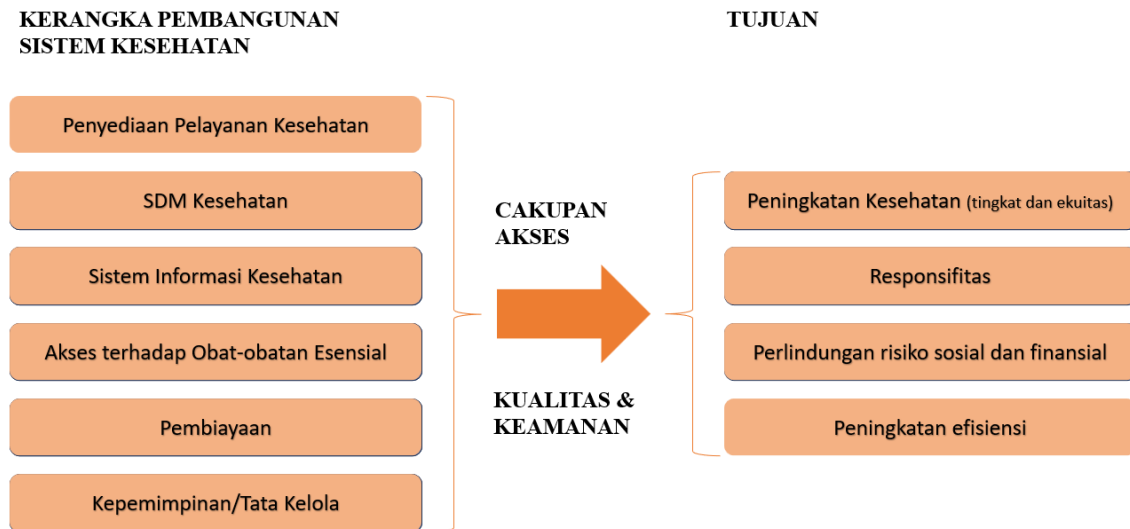
SEJAK cita-cita *Health for All 2000* dicetuskan pada Deklarasi Alma Ata 1978, pembentukan dan penguatan sistem kesehatan sebuah negara menjadi salah satu strategi kunci agar cita-cita pembangunan kesehatan tercapai di samping pengembangan pelayanan kesehatan primer. Sistem kesehatan yang dimaksud adalah sebuah tatanan yang terdiri dari elemen subsistem kesehatan yang bekerja secara internal dan berinteraksi antareleman secara dinamis untuk mencapai suatu tujuan. Namun pada saat itu belum diuraikan secara terperinci mengenai elemen-elemen subsistem kesehatan yang berperan dalam pencapaian tujuan sistem kesehatan.

Deklarasi Alma Ata 1978 menekankan pentingnya pelayanan kesehatan primer sebagai layanan kesehatan esensial yang berdasarkan pada “metode dan teknologi yang praktis, saintifik, dan diterima secara sosial dan dapat diakses secara universal bagi individu dan keluarga”. Selain itu, pelayanan kesehatan primer harus dapat dijangkau secara finansial, baik oleh komunitas untuk mengaksesnya maupun oleh negara untuk menyediakannya. Pembangunan pelayanan kesehatan primer ini harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SKN yang komprehensif.

Konsep sistem kesehatan terus bergulir hingga pada tahun 2000, WHO meluncurkan *The World Health Report 2000* yang memberikan landasan baru bagi pembangunan sistem kesehatan. Laporan ini menerbitkan indeks performa sistem kesehatan untuk mencapai tiga tujuan utamanya, yaitu kesehatan yang baik (*good health*), responsivitas terhadap ekspektasi masyarakat (*responsiveness to the expectations of the population*), dan keadilan kontribusi finansial (*fairness of financial contribution*). Tiga tujuan ini bergantung pada seberapa baik sebuah sistem kesehatan menjalankan fungsi vitalnya dalam empat hal, yaitu penyediaan layanan kesehatan (*service provision*), produksi sumberdaya (*resource generation*), pembiayaan (*financing*), dan pengelolaan (*stewardship*) (WHO, 2000).

Dokumen *WHO Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* menyajikan kerangka kerja yang memperbarui kerangka sistem kesehatan dengan enam elemen utama, yaitu penyediaan layanan kesehatan (*service delivery*), tenaga kesehatan (*health workforce*), sistem informasi kesehatan (*health information system*), akses terhadap obat-obatan esensial (*access to essential medicine*), pembiayaan (*financing*), dan kepemimpinan/tata kelola (*leadership/governance*). Keenam elemen ini, yang dikenal sebagai *six building blocks* (WHO, 2007). Dalam format sistem ini, terdapat delapan tujuan sistem yang terbagi menjadi dua tataran yaitu *output* dan *outcome*. Pada tataran *output*, tujuan yang diharapkan adalah akses, cakupan, mutu, dan keamanan pelayanan

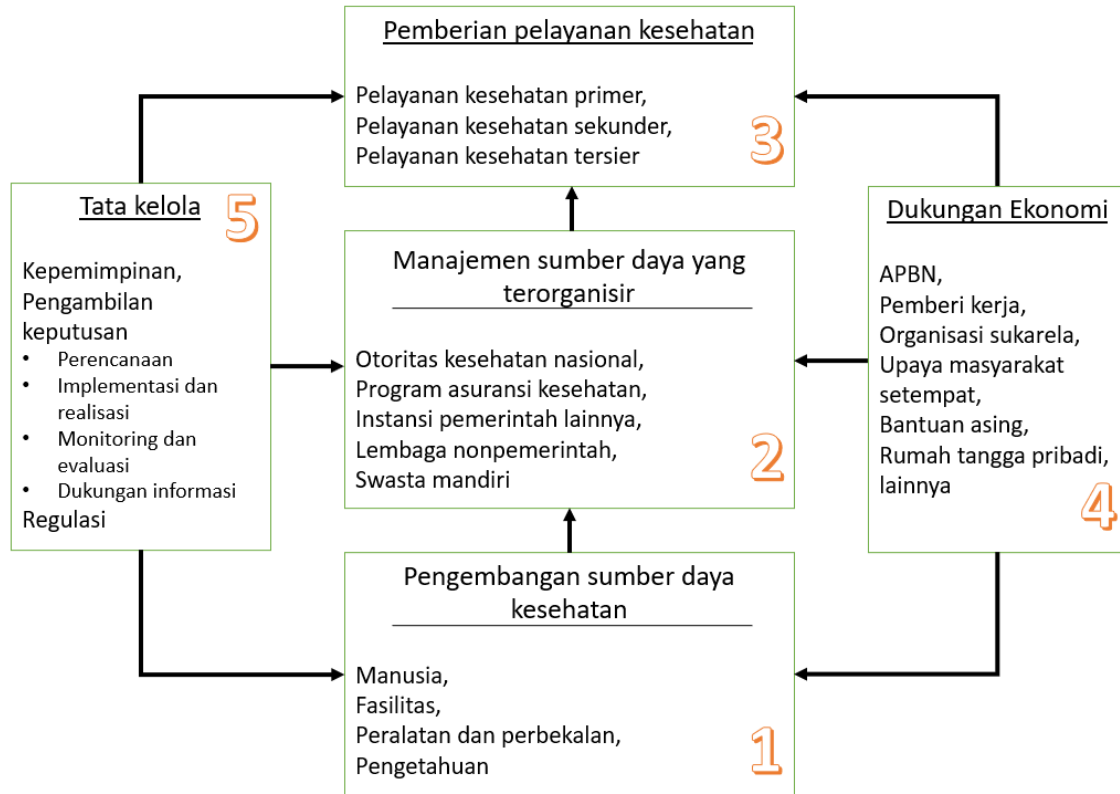
kesehatan. Sementara pada tataran *outcome*, tujuan yang harus dicapai adalah peningkatan status kesehatan yang merata, responsif, perlindungan risiko finansial, serta efisiensi.



Gambar 1.1. Kerangka Pembangunan Sistem Kesehatan (*Building Blocks of Health System*)
Sumber: WHO (2007)

Pada hampir seluruh kondisi masyarakat, kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan lebih besar daripada sumber daya yang tersedia, sehingga diperlukan prioritas dalam bentuk tujuan dan indikator capaian sistem kesehatan. Sistem kesehatan di setiap negara berbeda karena dibentuk oleh sejarah, ideologi, dan berbagai kebutuhan dan kondisi lokal. Akan tetapi pada dasarnya setiap sistem kesehatan dibentuk oleh 5 komponen dasar yaitu: 1) Pengembangan sumber daya, 2) Pengorganisasian sumber daya, 3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan, 4) Dukungan ekonomi, dan 5) Tata kelola atau manajemen (Kleczkowski et al., 1984).

Pada tahap awal pelaksanaan sistem kesehatan diperlukan pengembangan sumber daya, baik manusia maupun fisik, untuk dapat menyediakan fungsi pelayanan kesehatan. Secara umum sumber daya kesehatan yang perlu dikembangkan mencakup (i) sumber daya manusia, (ii) infrastruktur/fasilitas kesehatan, (iii) perbekalan kesehatan, (iv) pengetahuan atau literasi kesehatan. Agar sumber daya kesehatan dapat mewujudkan peran dan fungsinya dalam kegiatan pelayanan kesehatan diperlukan pengorganisasian sumber daya. Pengaturan atau pengorganisasian sumber daya kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah, organisasi non-pemerintah, atau swasta.



Gambar 1.2. Komponen utama infrastruktur sistem kesehatan
 Sumber: Kleczkowski et al., (1984)

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan berdasarkan tujuan dari jenis pelayanan diberikan seperti pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Dalam konteks SKN, umumnya lebih dikenal pembagian pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatan kebutuhan kesehatan pada populasi yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Seluruh sumber daya dan mekanisme yang dijelaskan di atas memerlukan dukungan finansial dari sistem ekonomi. Kebutuhan atas pelayanan kesehatan antar individu bervariasi, tidak dapat diprediksi, serta belum tentu sesuai dengan kemampuan finansial masing-masing, diperlukan penetapan mekanisme dukungan ekonomi pada sistem kesehatan di luar sistem pasar bebas.

Peran tata kelola atau manajemen telah secara implisit digambarkan di atas. Pola tata kelola sistem kesehatan di tiap negara dapat bervariasi dipengaruhi antara lain oleh struktur pemerintahan negara (tersentralisasi, federal, atau desentralisasi). Tiga aspek inti dalam tata kelola sistem kesehatan adalah kepemimpinan, pengambilan keputusan, dan regulasi.

Pada akhirnya, bentuk pemberian pelayanan kesehatan di sistem kesehatan negara manapun perlu memastikan adanya pelayanan kesehatan primer untuk semua warganya. Upaya preventif, promotif, peningkatan literasi kesehatan dan kemampuan untuk menjaga kesehatan secara mandiri perlu diintegrasikan pada seluruh bentuk pelayanan. Secara paralel, pelayanan kesehatan spesialisasi pada fasilitas kesehatan sekunder dan tersier juga perlu diadakan dan dapat diakses. Agar tercapai hasil yang optimal diperlukan keberadaan pelayanan kesehatan primer yang dekat dengan masyarakat, diberikan oleh sumber daya yang terlatih dengan komposisi sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan kemampuan negara, dan terhubung dengan jejaring fasilitas kesehatan lainnya.

1.1. URGENSI REVIEW SKN

Indonesia merespons perkembangan sistem kesehatan global ini secara bertahap. Setelah terbitnya SKN 1982, SKN mengalami beberapa kali perbaikan dengan mempertimbangkan situasi nasional dan global. SKN 2004 terbit dengan mempertimbangkan perubahan dan tantangan pasca reformasi politik 1998 dan perubahan konteks pengelolaan pemerintahan setelah kebijakan desentralisasi (Kementerian Kesehatan, 2004). Pada tahun 2009 SKN diperbarui dengan memberikan penekanan pada revitalisasi layanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan, 2009).

SKN mengalami perubahan kembali pada tahun 2012 melalui Perpres No. 72 tahun 2012. Dalam SKN 2012, tujuan yang ditetapkan masih merujuk pada kerangka sistem kesehatan WHO 2000, yaitu “meningkatkan derajat kesehatan penduduk setinggi-tingginya”. Meski demikian, subsistem dalam SKN 2012 bukan hanya mengadopsi enam elemen utama sistem kesehatan WHO 2007, namun juga menambahkan komponen subsistem pemberdayaan masyarakat sebagai elemen pokok atau subsistem. Tambahan subsistem pemberdayaan masyarakat dalam SKN 2012 didasarkan pada peran masyarakat yang sangat vital dalam konteks Indonesia dan menyangkut peran serta masyarakat sebagai modal sosial yang besar dan mampu menjadi bagian dari daya ungkit SKN 2012 (Pemerintah Indonesia, 2012).

Berbagai perubahan format SKN menunjukkan bahwa SKN dirancang terbuka dan adaptif, sehingga dapat diperbarui dan disesuaikan dengan perubahan lingkungan strategis. Adapun lingkungan strategis yang dimaksud dapat berasal dari sektor kesehatan maupun non-kesehatan, dan terjadi pada tatanan global, regional, dan nasional.



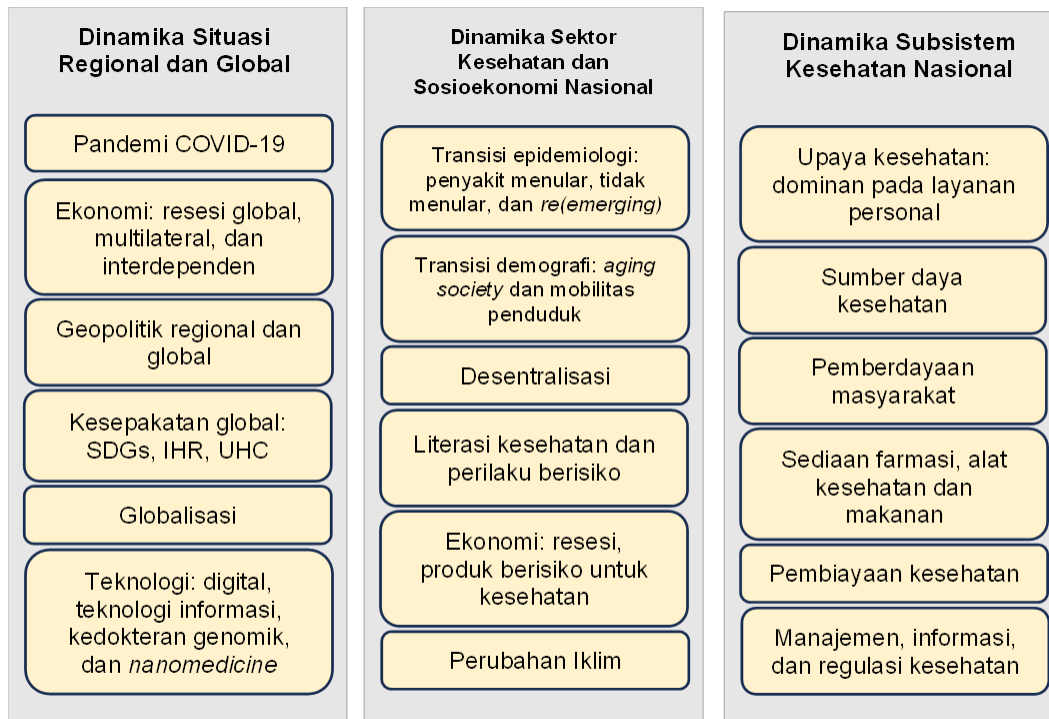
Gambar 1.3. Perubahan Subsistem Kesehatan Nasional di Indonesia 2004-2012
 Sumber: Kementerian Kesehatan (2004 dan 2009); Pemerintah Indonesia (2012)

1.1.1. Perubahan Lingkungan Strategis Global, Regional, dan Nasional

Pada tingkat global dan regional, perkembangan mobilitas penduduk dan industrialisasi yang bergantung pada pasar internasional mempengaruhi dinamika situasi ekonomi di tingkat dunia maupun nasional yang sewaktu-waktu dapat menyebabkan resesi ekonomi. Perubahan geopolitik juga terjadi di tingkat regional dan global, sehingga memengaruhi kebijakan kesehatan di tingkat tersebut. Selain itu, kesepakatan internasional untuk menjamin kesehatan untuk seluruh penduduk juga terus berkembang, seperti perkembangan pelayanan kesehatan primer pada Deklarasi Alma Ata dan Deklarasi Astana, *Sustainable Development Goals (SDGs)*, *Universal Health Coverage (UHC)*, *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*, *International Health Regulation (IHR)* dan penguatan ketahanan atau resiliensi sistem kesehatan global. Posisi geopolitik Indonesia pada regional ASEAN maupun Asia Pasifik juga mempengaruhi model SKN yang dikembangkan.

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan digitalisasi membuat semakin bertumbuhnya variasi teknologi kesehatan yang dapat memudahkan penyediaan pelayanan kesehatan. Perubahan lingkungan strategis juga terjadi di tingkat nasional. Struktur demografi mengalami perubahan menuju *aging population* dengan mobilitas penduduk yang semakin dinamis. Epidemiologi penyakit juga mengalami transisi dari

penyakit menular ke penyakit tidak menular, penyakit terabaikan belum punah (kusta, filariasis, frambusia), *unfinished disease* (tuberkulosis, HIV/AIDS, Malaria) disertai dengan munculnya penyakit baru (seperti Covid-19). Berbagai perubahan lingkungan strategis tersebut mempengaruhi implementasi SKN dan belum termuat dalam kebijakan SKN 2012. Desentralisasi dan otonomi daerah juga mempengaruhi pelaksanaan pelayanan kesehatan di tingkat subnasional. Dinamika juga terjadi dalam pelaksanaan subsistem kesehatan nasional, terutama setelah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan pandemi Covid-19.



Covid-19: Coronavirus Disease 2019. SDGs: Sustainable Development Goals. IHR: International Health Regulation. UHC: Universal Health Coverage

Gambar 1.4. Perubahan Lingkungan Strategis yang Mempengaruhi SKN

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional tersebut, pembangunan kesehatan dilakukan melalui dan memperhatikan dinamika berbagai komponen utama sistem kesehatan yaitu sumber daya, organisasi, pelayanan, tata kelola dan dukungan ekonomi pada masa depan. Selain interaksi antar komponen dalam sistem kesehatan, dukungan dari sistem lain seperti Pendidikan, kepegawaian, IPTEK, industri dan lainnya yang juga berubah secara dinamis. Reformasi SKN mutlak dilakukan untuk mengejar ketertinggalan status kesehatan masyarakat dan merespon dinamika strategis.

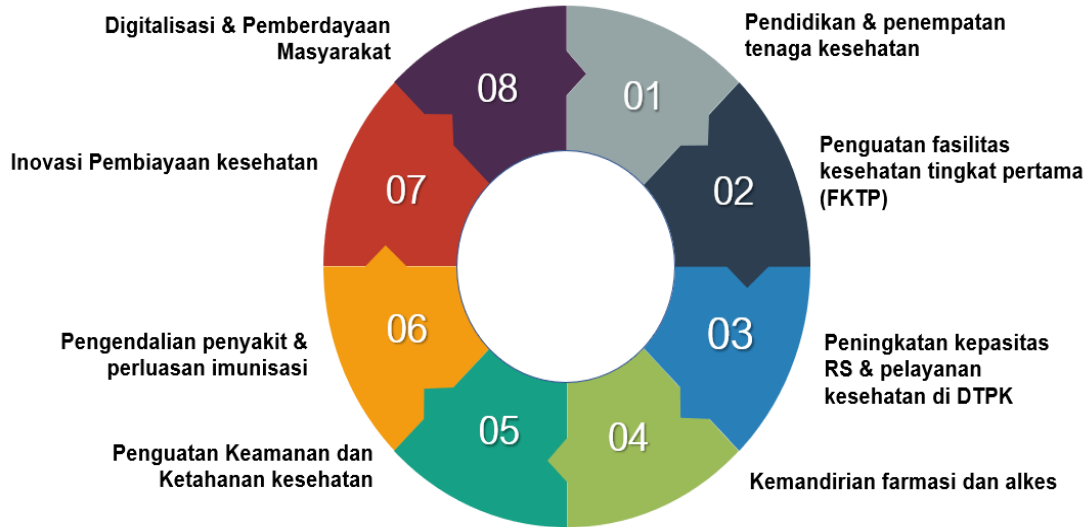
SKN 2012 telah menjadi panduan yang baik bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. Walaupun demikian, SKN 2012 tidak secara detail menjelaskan interaksi antarsubsystem kesehatan. Hal ini menyebabkan pembangunan antar komponen kesehatan seperti terpisah-pisah, padahal tidak mungkin suatu komponen berjalan dengan baik tanpa dukungan komponen lain. Selain itu dalam lingkungan strategis yang berubah cepat, SKN 2012 belum secara eksplisit menjelaskan mekanisme koordinasi dan keterlibatan dengan sistem lain seperti pendidikan, IPTEK, industri, transportasi, keuangan, perencanaan, dan lain-lain.

1.1.2. Pembelajaran dari Pandemi Covid-19 dan Reformasi SKN

Pembelajaran penanganan Covid-19 menggambarkan lemahnya respon SKN, termasuk kapasitas pencegahan dan mitigasi, fragmentasi sistem surveilans penyakit, kurangnya fasilitas kesehatan dan laboratorium terstandar, lemahnya komunikasi risiko, dan belum adanya kerangka mobilisasi pembiayaan kesehatan. Pandemi Covid-19 membuka fakta rapuhnya SKN yang ada. Ketidakmampuan SKN mengatasi tingginya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan respons terhadap pandemi menimbulkan kekacauan pada sistem (Kementerian PPN/Bappenas, 2021a, 2021b).

Situasi yang dinamis ini menuntut adanya reformulasi SKN 2012. Dalam Rapat Terbatas pada tanggal 5 Januari 2021, Presiden Republik Indonesia telah memberikan arahan untuk melakukan reformasi SKN. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian PPN/Bappenas telah mengeluarkan kebijakan reformasi SKN dalam Buku Putih Reformasi SKN. Kebijakan tersebut dicantumkan dalam *Major Project* Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2022, 2023, dan 2024 yang disahkan melalui Peraturan Presiden.

Kebijakan reformasi SKN memiliki tiga tujuan yaitu, (1) meningkatkan kapasitas keamanan dan ketahanan kesehatan (*health security and resilience*), (2) menjamin ketersediaan dan kemudahan akses *supply side* pelayanan kesehatan yang berkualitas di seluruh Indonesia, dan (3) meningkatkan peran serta masyarakat dan memperkuat upaya promotif dan preventif (WHO, 2009). Reformasi SKN bukan hanya dibutuhkan untuk merespons pandemi Covid-19, namun juga untuk merespon permasalahan kronis kesehatan yang diindikasikan dengan belum membaiknya status kesehatan masyarakat selama beberapa dekade terakhir. SKN perlu dapat menjabarkan reformasi ini dalam penyelenggaraan kesehatan nasional.

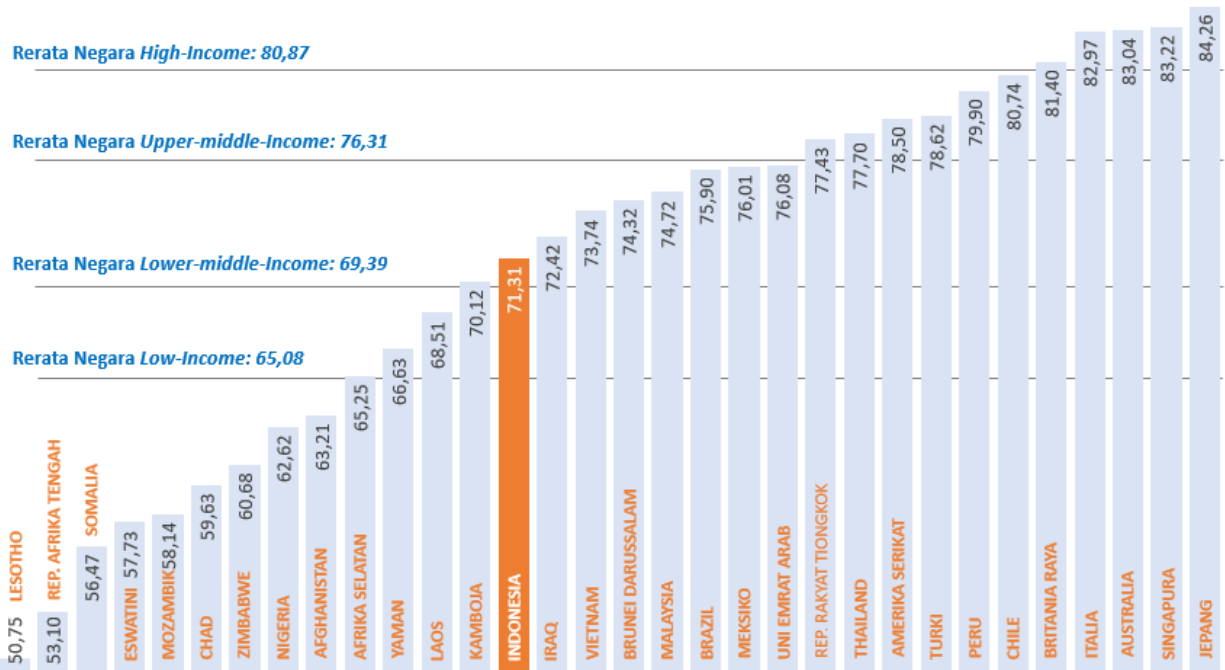


Gambar 1.5. Delapan Area Reformasi SKN
 Sumber: Kementerian PPN/Bappenas (2022)

1.1.3. Mengejar ketertinggalan pencapaian derajat kesehatan masyarakat

Menurut laporan *World Health Statistics*, pada tahun 2019 Indonesia mencapai angka harapan hidup sebesar 71,3 tahun. Capaian tersebut masih di bawah rerata dunia (73,31 tahun) dan Asia Tenggara (71,44 tahun). Dalam rentang 20 tahun (2000-2019), Indonesia berhasil mencatatkan kenaikan UHH sebesar 4,14 tahun, namun masih di bawah negara dengan titik mula yang relatif sama seperti Guatemala (5,24 tahun) dan Ukraina (5,49 tahun) (WHO, 2023). Dari aspek pengendalian penyakit, masih banyak pekerjaan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan capaian. Pada 2022, Indonesia menempati peringkat kedua jumlah temuan kasus baru tuberkulosis secara global. Selain itu, meskipun di tahun 2020 Indonesia sempat mendapat predikat negara berpenghasilan menengah tinggi (*upper middle income country*), namun masih ditemukan permasalahan kesehatan yang terasosiasikan dengan negara berpenghasilan rendah (*low income country*) seperti kusta. Pada tahun 2021, Indonesia menempati peringkat ketiga penemuan kasus baru kusta (WHO, 2023).

Beberapa contoh tersebut menunjukkan bahwa meski ada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara umum, jika diamati lebih seksama dengan SKN saat ini belum mencapai status kesehatan yang diharapkan. Perlu dilakukan penelaahan untuk mengidentifikasi celah dalam SKN saat ini untuk perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*). Kebijakan Reformasi SKN diharapkan dapat menjadi pengejawantahan perbaikan berkelanjutan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan.



Gambar 1.6. Usia Harapan Hidup (UHH) Indonesia di antara negara di dunia
 Sumber: WHO (2019), diolah oleh Bappenas

1.1.4. Pencapaian Visi Indonesia Emas 2045 dan Pelaksanaan RPJP

SKN merupakan bagian penting dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan kesehatan namun perlu memiliki dasar hukum perencanaan pembangunan yang kuat. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) merupakan dokumen peraturan perundang-undangan yang menjabarkan visi besar negara, tujuan dan arah kebijakan pembangunan selama 20 tahun. Pada Rancangan RPJPN 2025-2045, visi yang diusung adalah Indonesia Emas 2045 dan pembangunan pada bidang kesehatan mengusung tema “Kesehatan Untuk Semua”.

Dalam Kesehatan Untuk Semua, setiap penduduk dapat hidup sehat baik fisik, mental dan sosial, memiliki kemauan dan kemampuan hidup sehat agar mampu berpartisipasi dan berperan dalam setiap aspek pembangunan. Pembangunan kesehatan mencakup semua penduduk tanpa terkecuali, pada seluruh siklus hidup, di seluruh wilayah dan bagi seluruh kelompok sosial ekonomi, baik laki-laki maupun perempuan. Semua penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, baik pelayanan kesehatan primer dan rujukan dan mencakup seluruh jenis pelayanan. Pembangunan kesehatan dilaksanakan oleh seluruh komponen bangsa; baik pemerintah, swasta, dan masyarakat

secara luas. Untuk mewujudkan kebijakan kesehatan untuk semua perlu didukung oleh sistem kesehatan yang tangguh dan responsif, sehingga perlu penataan SKN.

Tujuan, target dan strategi yang tercantum dalam RPJPN 2025-2045 perlu diselaraskan dan diterjemahkan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui sistem kesehatan. RPJP juga mengamankan penyusunan SKN dan Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

1.1.5. Amanat Undang-Undang Kesehatan

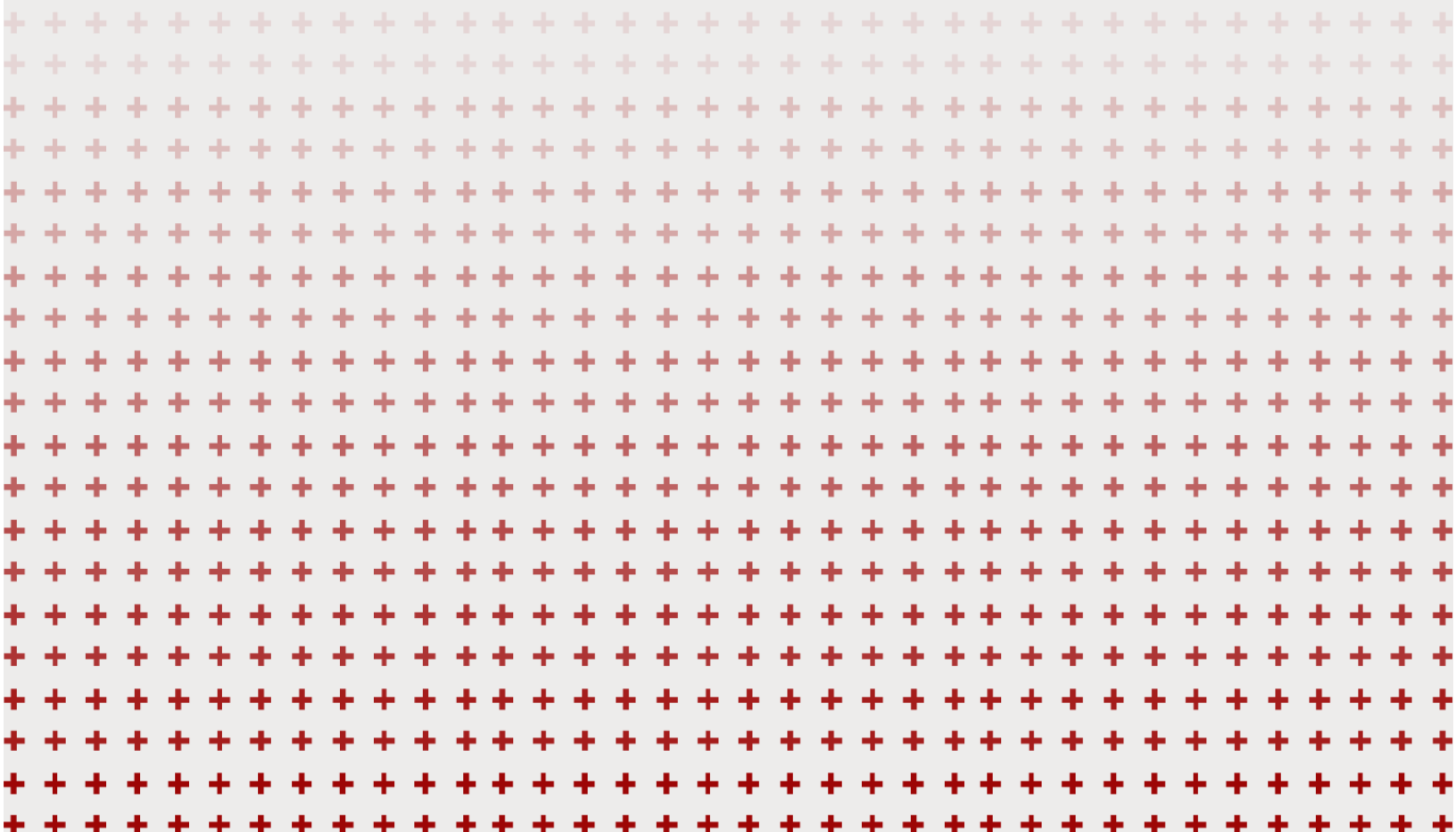
Dalam Undang-Undang Kesehatan tahun 2023 dijelaskan mengenai penyelenggaraan kesehatan. Penyelenggaraan Kesehatan terdiri atas Upaya Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan, dan Pengelolaan Kesehatan. Upaya Kesehatan ditujukan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sumber Daya Kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung penyelenggaraan Upaya Kesehatan.

Pengelolaan Kesehatan dilakukan terhadap Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan. Pengelolaan Kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya. Pengelolaan Kesehatan tersebut dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dalam suatu SKN.

Dalam pengelolaan kesehatan, sistem kesehatan diperlukan baik di pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta pemerintah desa. Pengelolaan di tingkat daerah dilakukan sebagai bagian besar dari SKN yang disesuaikan dengan kondisi kewilayahn masing-masing. Tujuan dari rangkaian penyelenggaraan kesehatan tersebut juga sesuai dengan filosofi “Kesehatan untuk Semua” dalam RPJPN 2025-2045 yaitu mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan antara lain dengan penyusunan SKN dan SKD.

2

Metode dan Ruang Lingkup



2. METODE DAN RUANG LINGKUP

Review SKN difokuskan pada pembahasan beberapa isu strategis berpengaruh terhadap SKN. Identifikasi isu strategis dilakukan melalui diskusi mendalam dengan para pemangku kepentingan dari pihak pemerintah, akademisi, dan profesi. Diskusi tersebut menghasilkan empat lingkungan strategis utama yang dianggap belum terakomodir dalam SKN saat ini. Setiap isu strategis utama didiskusikan bersama beberapa pakar melalui *in-depth interview*. Hasil telaah dan pertemuan pakar diformulasikan dalam beberapa poin isu strategis dan dibahas dalam forum diskusi mendalam (*in-depth discussion*) yang melibatkan pakar dan pemangku kebijakan terkait. Fokus utama pembahasan untuk melihat implikasinya terhadap subsistem kesehatan. Hasil *review* dijadikan dasar dalam reformulasi SKN. Saat ini, SKN 2012 yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012 terdiri dari: (1) Pendahuluan, (2) Perkembangan dan tantangan SKN, (3) Asas SKN, (4) Bentuk pokok SKN, (5) Cara Penyelenggaraan SKN, (6) Dukungan penyelenggaraan SKN, (7) Ringkasan SKN, dan (8) Penutup. Namun, *review* SKN yang disajikan pada laporan ini tidak mencakup beberapa bab dalam *outline* tersebut seperti asas, bentuk pokok, dan dukungan penyelenggaraan SKN. Lingkup dalam *review* ini adalah menganalisis berdasarkan perubahan lingkungan strategis, menelaah kesesuaian SKN dengan definisi generik tentang sistem dan tatanan sistem kesehatan menurut WHO (2000 dan 2010), dan kesesuaiannya dengan kebijakan perencanaan pembangunan kesehatan. Definisi sistem yang digunakan pada *review* ini adalah “suatu tatanan yang terdiri dari elemen-elemen (*subsistem*). Dalam masing-masing elemen tersebut berlangsung suatu proses spesifik. Antara elemen-elemen tersebut terjadi interaksi dinamis (*mekanisme umpan balik atau “feedback mechanism”*). Kemudian keseluruhan interaksi antara sub-subsistem tersebut menghasilkan sesuatu keluaran (*output dan outcome*)”.

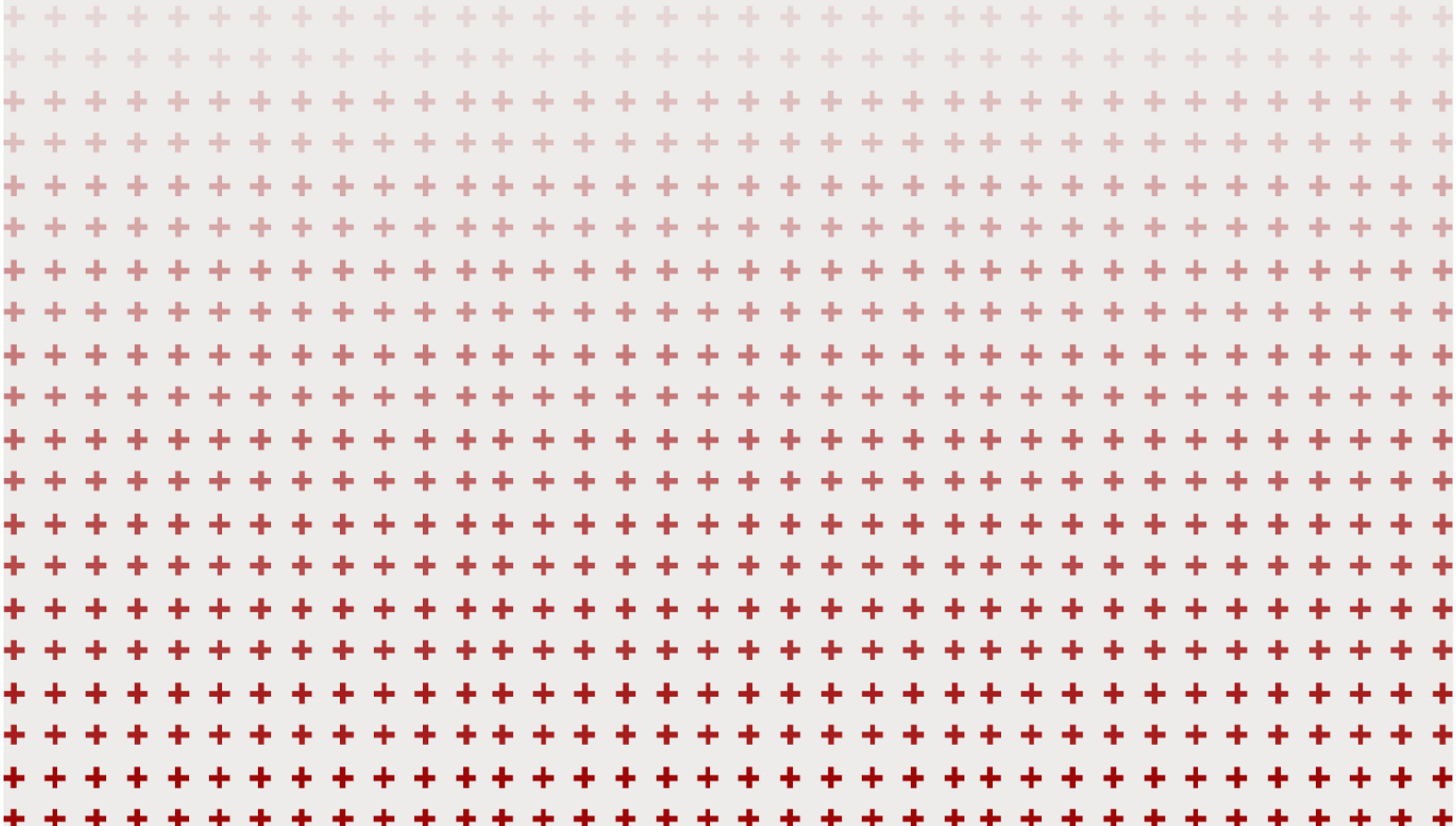
2.1. RUANG LINGKUP REVIEW DAN REFORMULASI SKN

Ruang lingkup dalam penulisan *review* dan reformulasi SKN ini adalah:

Review	Reformulasi	Interaksi
Tujuan SKN	Tujuan SKN	Antar Subsistem SKN
Isu Strategis yang belum terefleksikan dalam SKN 2012	Subsistem SKN	Antara SKN dengan Sistem lain
Subsistem dalam SKN 2012	Kerangka konsep/ <i>Framework</i> SKN	

3

Isu Strategis SKN



3. ISU STRATEGIS SKN

Dalam implementasi SKN sejak 2012, beberapa isu strategis yang belum tercakup dan dibahas mendalam dalam SKN yang saat ini ada, yaitu: 1) desentralisasi, 2) ketahanan kesehatan, 3) pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*).

Proses dan perkembangan desentralisasi tata kelola pemerintah yang telah berlangsung sejak tahun 2000 melalui mandat UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 25 tahun 1999 yang diperbaharui menjadi UU No. 23 tahun 2014. Berbagai produk peraturan menyusul perubahan UU tersebut seperti PP No.18 tahun 2016 tentang organisasi perangkat daerah, PP No. 2 tahun 2018 tentang SPM dan UU No. 1 tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pada implementasinya, desentralisasi mempengaruhi jalannya sistem kesehatan. Namun, perkembangan desentralisasi tata kelola pemerintah tersebut belum terakomodir dalam SKN. Pada situasi tertentu, dibutuhkan intervensi pusat ke daerah dalam desentralisasi untuk menyelesaikan masalah kronis pembangunan kesehatan dan kedaruratan kesehatan.

Pembangunan kesehatan juga mendapatkan tantangan baru saat pandemi Covid-19 yaitu perlunya ketahanan kesehatan. Kerentanan dalam sistem kesehatan akan menegasikan pembangunan kesehatan. Ancaman kesehatan yang bersifat global termasuk pandemi, *antimicrobial resistance* (AMR), *food security*, dan perubahan iklim berdampak pada perubahan pola penyakit. WHO menyarankan agar setiap negara melakukan penyesuaian sistem kesehatan, sehingga sistem tersebut menjadi tangguh (*resilient*). Ketahanan kesehatan perlu dimasukkan ke dalam salah satu tujuan SKN.

Dalam pembahasan sistem kesehatan tentu tidak lepas dari pelayanan kesehatan primer. Berbagai dokumen global (*Alma Ata Declaration*, *Astana Declaration*, *Sustainable Development Goals*) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan terdekat dari masyarakat dan merupakan jantung dari SKN. Pelayanan kesehatan primer merupakan aspirasi baik yang belum diterjemahkan dengan baik dalam SKN saat ini. Oleh karena itu, penguatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia perlu tertuang secara eksplisit dalam SKN.

3.1. DESENTRALISASI

3.1.1. Konsep Desentralisasi dan Aplikasinya di Indonesia

Desentralisasi merupakan salah satu bentuk tata Kelola pemerintahan yang banyak diterapkan di berbagai negara. Menurut Rondinelli (1981), desentralisasi adalah transfer atau delegasi kewenangan legal dan politik untuk merencanakan, mengambil keputusan,

dan mengatur fungsi publik dari pemerintah pusat ke organisasi yang lebih kecil, subordinat unit, semi-otonomi badan usaha publik, otoritas regional, unit fungsional, pemerintah daerah, atau lembaga non-pemerintah. Desentralisasi diklasifikasikan menjadi tiga tingkat yaitu dekonsentrasi, delegasi, dan devolusi.

Dekonsentrasi adalah tingkat desentralisasi terendah. Dekonsentrasi adalah pemberian tugas dari pemerintah pusat kepada staf yang bertugas di daerah. **Delegasi** merupakan pengalihan kewenangan pengambilan keputusan dan manajerial untuk fungsi spesifik tertentu kepada organisasi dibawah kendali pemerintah pusat secara tidak langsung. Sementara **devolusi** adalah transfer kekuasaan kepada pemerintah daerah secara geografis di luar struktur formal pemerintah pusat sehingga akan terjadi struktur di daerah yang beragam (Rondinelli, 1981).

Penyelenggaraan desentralisasi ini bisa berhasil jika beberapa rambu-rambu ini terpenuhi (Rondinelli, 1981):

1. **Terdapat kondisi politik dan administrasi yang baik**, terdiri dari:
 - a. Adanya komitmen dan dukungan politik yang kuat dari pemerintah pusat ke organisasi di tingkat lebih rendah
 - b. Adanya penerimaan dari pemimpin organisasi yang lebih rendah untuk menjalankan tugas yang dilimpahkan
 - c. Adanya dukungan dan komitmen dari organisasi horizontal atau kementerian/lembaga dan keinginannya untuk melimpahkan fungsi-fungsinya ke lokal
 - d. Adanya kapasitas teknis dan administratif yang kuat dari pemerintah pusat (kapasitas perencanaan, penyusunan program, logistik, staf, dan anggaran) untuk mendukung daerah dalam menjalankan fungsi desentralisasi
 - e. Tersedianya saluran yang efektif untuk melibatkan penduduk di daerah dalam mengekspresikan kebutuhan dan permintaannya.

2. **Organisasi yang kondusif**, didukung oleh:
 - a. Adanya kapasitas yang kuat untuk merencanakan alokasi sumber daya dan manajerial di setiap tingkatan yang dibekali dengan kemampuan mengambil keputusan, potensi sumber daya, dan kapasitas untuk mencapai kinerja,
 - b. Adanya kejelasan peraturan, regulasi, dan petunjuk teknis yang ringkas dan tetap (tidak berubah-ubah) yang mengatur tata hubungan, peran, dan tugas antara pemerintah pusat dan daerah,
 - c. Penyusunan alokasi sumber daya dan peningkatan kapasitas daerah dilakukan berdasarkan kriteria kinerja dan disusun secara fleksibel,
 - d. Adanya proses perencanaan dan manajemen yang sederhana dan jelas untuk mendapatkan persetujuan masyarakat dalam penyusunan, penilaian, pengaturan, pelaksanaan, dan evaluasi program

- e. Adanya komunikasi yang baik secara horizontal (antarunit dalam satu tingkat) dan vertikal (antartingkat) untuk berbagi informasi dan menyelesaikan konflik,
- f. Adanya organisasi penunjang yang melengkapi pemerintah daerah.

3. Perilaku organisasi yang mendukung di setiap tingkat, termasuk:

- a. Perubahan perilaku antara petugas di tingkat pusat dan daerah yang sebelumnya sentralistis menjadi mendukung desentralisasi sehingga berkeinginan untuk berbagi kewenangan,
- b. Pemerintah daerah kooperatif dan tidak resisten dalam melaksanakan desentralisasi,
- c. Saling menerima dan percaya untuk bisa menjalankan fungsi-fungsi yang telah didesentralisasikan,
- d. Memelihara kepemimpinan yang kuat di tingkat daerah dan pusat.

4. Ketersediaan sumber daya

- a. Sumber dana yang memadai untuk membeli alat, petugas, fasilitas, dan lain-lain yang mendukung daerah dalam menjalankan tanggung jawab desentralisasinya,
- b. Infrastruktur fisik, transportasi, dan komunikasi yang baik antara pusat dan daerah untuk memobilisasi sumber daya,
- c. Sistem hunian yang cukup dan terintegrasi untuk mendorong interaksi ekonomi, sosial, politik, dan administrasi antara daerah yang kecil ke kota yang lebih besar.

Pijakan peraturan pertama yang mengatur desentralisasi adalah UU No. 22/1999 tentang Pemerintahan Daerah. Pada bidang kesehatan, Gubernur dibantu oleh dinas kesehatan provinsi untuk menjalankan fungsi dekonsentrasi kesehatan ini. Pelaksanaan dekonsentrasi di Indonesia juga terintegrasi artinya, dinas kesehatan sebagai pelaksana dekonsentrasi dan desentralisasi disupervisi oleh Gubernur sebagai pemimpin provinsi. Sementara desentralisasi penuh diberikan kepada pemerintah kabupaten/kota. Dinas kesehatan kabupaten/kota merupakan unit pelaksana desentralisasi bidang kesehatan (Pemerintah Indonesia, 1999).

Kemudian pasal 8 UU No. 22 tahun 1999 mengatur bahwa pemberian kewenangan ke provinsi dan daerah harus disertai dengan pengalihan pembiayaan. Maka untuk dapat menjalankan kewenangan dan fungsi yang dilimpahkan, ditetapkan UU No. 25/1999 tentang perimbangan keuangan yang mengatur desentralisasi fiskal dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah.

Tabel 3.1. Regulasi terkait kebijakan desentralisasi di Indonesia

Tahun	Desentralisasi kewenangan dan fungsi	Desentralisasi fiskal	Desentralisasi struktur
2000	UU No. 22 tahun 1999	UU No. 25 tahun 1999	
2004	UU No. 32 tahun 2004 j.o. UU No. 12 tahun 2008	UU No. 33 tahun 2004	
2014	UU No. 23 tahun 2014 j.o UU No. 9 tahun 2015		
2016			PP No. 18 tahun 2016
2018	PP No. 2 tahun 2018		
2022		UU No. 1 Tahun 2022	

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu urusan yang termasuk dalam urusan konkuren wajib yang berimplikasi terhadap kewajiban pemerintah daerah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Setiap kewenangan yang telah dilimpahkan, UU No. 23 tahun 2014 mengamanatkan disusunnya Standar Pelayanan Minimum (SPM) yaitu daftar jenis dan mutu pelayanan dasar yang menjadi urusan pemerintahan wajib dan berhak dinikmati oleh setiap warga negara. Dalam PP No. 18 tahun 2016 ditetapkan ada enam jenis SPM yang harus dilaksanakan oleh pemerintah daerah provinsi serta kabupaten/kota. Di bidang kesehatan, terdapat 14 pelayanan yang masuk dalam SPM yang terdiri dari 2 indikator SPM harus dilakukan oleh pemerintah provinsi dan 12 indikator SPM harus dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten/kota. Jika suatu daerah tidak dapat menjalankan target SPM dan kewenangan yang didesentralisasikan, maka pemerintah pusat melalui Gubernur dapat memberikan sanksi berlapis mulai dari teguran, pemberhentian sementara, dan pencabutan jabatan (Pemerintah Indonesia, 2014).

3.1.2. Desentralisasi Kesehatan di Indonesia

Implementasi desentralisasi kesehatan merujuk pada konsep desentralisasi Rondinelli (1983) yang membaginya menjadi tiga, yaitu desentralisasi politik, kewenangan, dan fiskal. Implementasi desentralisasi kewenangan kemudian dilengkapi dengan adanya desentralisasi fungsi, yang dituangkan dalam SPM, serta desentralisasi struktur.

3.1.2.1. Desentralisasi Kewenangan

Selain pemilihan kepala daerah secara langsung, kewenangan pengelolaan urusan pemerintahan daerah beralih dan dipegang oleh Gubernur sebagai wakil pemerintah pusat di tingkat provinsi dan Bupati/Walikota di tingkat kabupaten/kota (Pemerintah Indonesia, 2014). Desentralisasi kewenangan memungkinkan pemerintah daerah,

bahkan rakyat, memegang kekuatan dan wewenang penuh untuk mengambil keputusan di tingkat daerah. Untuk dapat menjamin proses perencanaan dan pembangunan daerah sejalan dengan tujuan nasional, maka penyusunan dokumen perencanaan daerah meliputi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), dan rencana kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD) harus merujuk pada RPJPN, RPJMN, RKP, dan Renja Kementerian Kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2004).

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di tingkat nasional dikelola oleh Menteri Kesehatan sebagai pembantu Presiden. Kementerian Kesehatan (Kemkes) sebagai instansi penanggung jawab pembangunan kesehatan di tingkat pusat adalah regulator dan supervisor. Kementerian Kesehatan bertugas menyusun peraturan hingga tingkat norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), serta pembinaan dan pengawasan sampai ke tingkat provinsi. Setiap NSPK harus dilegalisasi dalam peraturan perundang-undangan agar dapat menjadi dasar hukum penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah.

3.1.2.2. Desentralisasi Fungsi

Pelayanan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah, sebagaimana diatur dalam UU No.23 tahun 2014, harus berpedoman pada SPM yang diatur dalam PP No.2 tahun 2018. Dalam peraturan ini, terdapat enam pelayanan dasar yang memiliki SPM salah satunya adalah bidang kesehatan. SPM ini ditetapkan untuk provinsi dan kabupaten/kota sesuai dengan kewenangan yang telah dilimpahkan sebelumnya.

Selain pelaksana pelayanan kesehatan di tingkat provinsi, sebagaimana diatur dalam PP No.2 tahun 2018 dan UU No.23 tahun 2014, pemerintah provinsi juga mendapat mandat sebagai perpanjangan tangan pemerintah untuk membina dan mengawasi pemerintah kabupaten/kota. Dalam hal bidang kesehatan, Gubernur, yang menerima mandat tersebut, dibantu oleh dinas kesehatan provinsi. Oleh karena itu, dinas kesehatan provinsi tidak hanya bertugas menjalankan pelayanan 2 indikator SPM kesehatan provinsi tetapi juga menjalankan fungsi dekonsetrasi yang diberikan oleh pemerintah pusat.

3.1.2.3. Desentralisasi Fiskal

Desentralisasi fiskal yang dimaksud adalah hubungan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk membiayai penyelenggaraan urusan pemerintahan yang telah diserahkan dan/atau ditugaskan ke provinsi dan kabupaten/kota. Sejumlah dana yang diberikan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah ini tercatat sebagai

pendapatan transfer yang diterima oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Lingkup tanggung jawab Pemerintah Daerah dalam pengelolaan keuangan daerah terdapat pada pasal 280 ayat 2 UU No. 23 tahun 2014 sebagai berikut:

Kewajiban penyelenggara Pemerintahan Daerah dalam pengelolaan keuangan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: (a) mengelola dana secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel; (b) menyinkronkan pencapaian sasaran program Daerah dalam APBD dengan program Pemerintah Pusat; dan (c) melaporkan realisasi pendanaan Urusan Pemerintahan yang ditugaskan sebagai pelaksanaan dari Tugas Pembantuan.

Pendapatan transfer dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam pasal 285 ayat 2 dan pasal 288 UU No. 23 tahun 2014 terdiri dari Dana Alokasi Khusus, Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, Dana Otonomi Khusus, Dana Keistimewaan, Dana Desa (*penggunaan dana desa sepenuhnya menjadi otonomi desa).

Sementara Pendapatan asli daerah (PAD) dapat berasal dari dua sumber yaitu pajak dan juga retribusi. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (Puskesmas maupun Rumah sakit) merupakan salah satu sumber retribusi pemerintah daerah. Dana kapitasi dan klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dan diterima oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah yang belum menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) harus tercatat sebagai bagian dari pendapatan daerah (Menteri Dalam Negeri RI, 2021). Meski demikian, sekitar 90% dari belanja kesehatan di kabupaten/kota berasal dari dana transfer. Kontribusi PAD dalam membiayai pelayanan yang dilimpahkan oleh pemerintah pusat sangat minim. Rendahnya kontribusi PAD dalam total APBD membuat pemerintah provinsi dan kabupaten/kota sangat bergantung pada pemerintah pusat setiap tahun. Oleh karena itu, pemerintah daerah sangat bergantung pada aturan penggunaan dana transfer ke daerah (TKDD) untuk dapat menggunakan anggaran tersebut. Akan tetapi, penetapan petunjuk teknis penggunaan dana transfer terus berganti setiap tahun dan kadang kala terlambat dipublikasikan sehingga pendanaan pelayanan kesehatan yang merupakan tugas kabupaten/kota tadi tidak bisa tepat waktu sesuai kebutuhan.

3.1.2.4. Desentralisasi Struktur dan Tata Kelola

Penyelenggaraan desentralisasi sebagaimana telah diuraikan di muka harus diikuti dengan struktur organisasi yang jelas sesuai dengan prinsip *structure follow function*. Oleh karena itu, pemerintah menetapkan PP No. 18 tahun 2016 tentang perangkat daerah. Dalam peraturan ini, ditetapkan bahwa dinas merupakan unsur pelaksana urusan pemerintah yang menjadi kewenangan daerah dan bertanggung jawab kepada kepala daerah (gubernur/bupati/walikota) melalui sekretaris daerah. Dalam bidang kesehatan, dinas kesehatan adalah penyelenggara urusan pemerintah bidang kesehatan. Untuk dapat menjalankan fungsi yang dilimpahkan, pemerintah daerah harus memiliki struktur

dan tata kelola yang sesuai. Berdasarkan pasal 18 ayat 4 dan 40 ayat 3 PP No.18 tahun 2016 ditetapkan bahwa perumpunan perangkat daerah yang menjalankan urusan pemerintah daerah bidang kesehatan meliputi bidang sosial, pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, pengendalian penduduk dan keluarga berencana, administrasi kependudukan dan catatan sipil, serta pemberdayaan masyarakat dan Desa.

Pada kondisi empirisnya, perbedaan struktur perangkat daerah antarprovinsi dan kabupaten/kota terjadi di banyak daerah sehingga prinsip *structure follow function* ini tidak berjalan di lapangan. Pengaturan standar kompetensi personil kepala dinas kesehatan dan perangkatnya sebagai penanggung jawab pembangunan kesehatan provinsi dan kabupaten/kota belum juga ditetapkan sehingga ditemukan kepala dinas kesehatan dengan latar belakang non-kesehatan. Hal ini akan berimplikasi pada kapasitas pembinaan serta mutu pengawasan dan pengendalian – yang dilakukan oleh pemerintah pusat ke provinsi, dari provinsi ke kabupaten/kota, maupun dari kabupaten/kota ke seluruh unit pelaksana teknis (UPT) – terbatas.

3.1.3. Muatan Desentralisasi dalam SKN

Meski sudah berjalan sejak awal 2000, desentralisasi kesehatan belum kental termuat dalam pengaturan SKN. Dalam SKN 2012 pun, penyesuaian muatan desentralisasi sangat terbatas. Pada batang tubuh Peraturan Presiden (Perpres) No. 72 tahun 2012, pengaturan desentralisasi hanya terdapat pada pasal 6 ayat 3 butir yang berisi:

globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

Sementara dalam lampiran Perpres No.72 tahun 2012, pengaturan desentralisasi hanya masuk dalam uraian subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan. Ada empat butir yang mengatur desentralisasi dalam subsistem tersebut yaitu:

362. Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, dengan **memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.**

373. **Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan menjadi pendukung utama dalam pelaksanaan desentralisasi.**

379. Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pengaturan dan pembinaan, serta pengawasan dan pertanggungjawaban dengan **mempertimbangkan desentralisasi dan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dilaksanakan dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance).**

382. **Data dan informasi sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan mempertimbangkan faktor desentralisasi, responsif gender, dan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan.**

Keempat uraian di atas menunjukkan pengaturan implementasi desentralisasi dalam SKN 2012 masih lemah dibandingkan UU No. 32 tahun 2004 maupun UU No. 23 tahun 2014 yang mengatur mengenai desentralisasi.

3.1.4. Tantangan implementasi desentralisasi bidang kesehatan

3.1.4.1. Tambahannya Fungsi Dinas Kesehatan

Sebagaimana diatur dalam UU No. 23 tahun 2014, UU No.1 tahun 2022, PP No.18 tahun 2016, dan PP No. 2 tahun 2018, Dinas Kesehatan pada tiap tingkat pemerintahan secara umum memiliki tugas melingkupi:

- a. Melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan sebagai tertuang dalam lampiran UU No. 23 tahun 2014 dan SPM bidang kesehatan
- b. Bertanggung jawab atas tata kelola manajerial dan klinis unit pelaksana teknis (UPT) termasuk rumah sakit di tingkat pemerintahannya
- c. Menyusun perencanaan pembangunan kesehatan berpedoman pada dokumen perencanaan nasional serta menyesuaikan dengan kebutuhan kesehatan spesifik;
- d. Menyusun anggaran dari berbagai sumber pendapatan, terutama dana transfer dengan petunjuk teknisnya berubah setiap tahun
- e. Melaksanakan UKM sekunder (Dinkes Kabupaten/Kota) dan tersier (Dinkes Provinsi)
- f. Perpanjangan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan
- g. Membina dan mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan lintas kabupaten/kota sesuai asas dekonsentrasi (khusus Dinkes Provinsi)

Selain tugas dan fungsi yang telah diuraikan di atas, dinas kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota juga harus memperkuat kapasitasnya dalam menghadapi potensi *public health security*. Belajar dari pengalaman pandemi Covid-19, dinas kesehatan merupakan penggerak kunci penanganan pandemi yang bersifat lintas sektor di daerah. Kemampuan khusus tentang epidemiologi serta manajerial koordinasi harus dimiliki oleh dinas kesehatan.

3.1.5. Rumusan Perbaikan Muatan Desentralisasi dalam SKN

Sesuai dengan uraian yang telah disampaikan di muka, maka SKN 2012 perlu mengalami perbaikan agar harmonis dengan perkembangan peraturan perundang-undangan mengenai desentralisasi dalam hal:

1. **Penguatan fungsi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota** sesuai dengan UU No. 23 tahun 2014 dan PP No.2 tahun 2018.
 - a. Fungsi pemerintah pusat (dalam hal ini kementerian kesehatan) adalah *steering* dan *rowing*. Pemerintah pusat harus menetapkan regulasi teknis, Menyusun NSPK, mengembangkan program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematis sampai tingkat provinsi secara eksplisit
 - b. Fungsi pemerintah provinsi (dalam hal ini dinas kesehatan provinsi) adalah eksekutor serta perpanjangan tangan pemerintah pusat. Maka, provinsi harus dapat menyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya serta menyusun program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematis untuk seluruh kabupaten/kota di dalam provinsi
 - c. Fungsi pemerintah kabupaten/kota (dalam hal ini dinas kesehatan kabupaten) adalah eksekutor yang menjalankan fungsi desentralisasi sepenuhnya. Dinas kesehatan harus mampu menyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya untuk menjamin seluruh kewenangan yang dilimpahkannya dapat terlaksana. Dinas kesehatan juga harus bertanggung jawab atas pelaksanaan seluruh UPT di wilayah kerjanya dengan melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian dari desa, kecamatan, sampai kabupaten/kota
2. Pengaturan pembagian kewenangan di atas diikuti dengan **pengaturan tata kelola organisasi antara kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, Dinas Kesehatan kab/kota, lembaga vertikal, dan UPT** harus dijelaskan secara detail sebagai penerjemahan dari PP No. 18 tahun 2016. Dalam hal pelaksanaan fungsi dekonsentrasi di provinsi, Kementerian kesehatan dapat menempatkan petugas kementerian kesehatan untuk bertugas di kantor pemerintahan/dinas kesehatan provinsi sebagai wakil pemerintah pusat sehingga tugas dekonsentrasi ini dilaksanakan oleh staf Kementerian kesehatan di provinsi sedangkan staf dinas kesehatan provinsi fokus pada pelaksanaan program/upaya yang dilimpahkan kepadanya.
3. **Pengaturan standar kapasitas yang harus dimiliki oleh kepala dinas kesehatan beserta jajarannya dan pimpinan UPT**. Misalnya dinas kesehatan sebagai Pembina UPT, termasuk rumah sakit, harus memiliki pemahaman mengenai manajemen dan

administrasi rumah sakit seperti manajemen keuangan rumah sakit. Hal ini penting untuk menghindari adanya penetapan kepala dinas kesehatan yang tidak memiliki latar belakang kesehatan dan hanya dipengaruhi pertimbangan politik.

4. **Pengaturan untuk menugaskan pemerintah daerah menyusun sistem kesehatan yang menyesuaikan dengan kebutuhan kesehatan di daerah.** Di daerah perkotaan dengan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang adekuat, Puskesmas dapat lebih fokus dalam menjalankan fungsi dan aktivitas UKM. Aktivitas UKP dapat diselenggarakan oleh FKTP, baik milik swasta maupun pemerintah. Namun, penyelenggaraan layanan kesehatan seperti ini memerlukan pengaturan lebih detail. Hubungan antara FKTP pemerintah dan swasta di bawah koordinasi Dinas Kesehatan dan Puskesmas harus diuraikan secara jelas dalam satu kesatuan sistem. Sebagai implikasinya, perlu dikembangkan beberapa aturan berikut.
 - a. Penguatan peran Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai penanggungjawab layanan kesehatan masyarakat dan pengendalian determinan sosial kesehatan di wilayah.
 - b. Penguatan sistem perencanaan, monitoring, dan evaluasi layanan kesehatan, termasuk integrasi pelaporan dan sistem informasi berbasis wilayah antara Dinas Kesehatan, Puskesmas dan fasilitas kesehatan swasta.
 - c. Penataan sistem kerjasama layanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan perseorangan maupun kesehatan masyarakat secara integratif dan menyeluruh yang mencakup seluruh fasilitas kesehatan di wilayah yang sama.
 - d. Kualitas pelayanan di FKTP harus mengikuti standar nasional sesuai NSPK.
 - e. Pengaturan dan distribusi jumlah peserta JKN yang terdaftar di FKTP.
 - f. Regulasi kerjasama lintas sektoral. Faktor kunci lainnya dalam implementasi desentralisasi sistem kesehatan adalah kerjasama lintas sektoral. Kerjasama ini mencakup koordinasi kementerian/lembaga di pemerintah pusat.

5. **Restrukturisasi pembagian kewenangan bidang kesehatan antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.** Dalam kondisi tertentu diperlukan upaya untuk memastikan terlaksananya pembangunan kesehatan yang memerlukan restrukturisasi kewenangan antara pusat dan daerah, misal pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia proporsi kewenangan pusat diperbesar. Dalam kondisi kedaruratan kesehatan, perlu terdapat mekanisme khusus untuk pembagian kewenangan di bidang kesehatan, sehingga pengambilan keputusan lebih cepat. Kebijakan afirmatif pada provinsi atau kabupaten/kota yang tidak memiliki kapasitas dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang didesentralisasikan.

3.2. KETAHANAN KESEHATAN

3.2.1. Ancaman Pandemi

Ancaman pandemi merupakan situasi yang tidak dapat diprediksi kemunculannya. Mayoritas pandemi terjadi karena adanya transmisi penyakit dari hewan ke manusia. Jauh sebelum *Spanish flu*, pandemi pertama terjadi adalah *Plague of Justinian* sekitar tahun 541-543. Pandemi ini disebabkan oleh bakteri yang ada di kutu hewan pengerat atau disebut sebagai *flea-borne bacteria*. Penyakit ini menyebar karena mobilitas perdagangan dan militer. Pada tahun 1347-1351 adalah kali kedua penyakit ini menyebabkan pandemi yang disebut sebagai *Black Death*. Pandemi ini bermula dari Asia Timur dan menyapu Asia Tengah sampai Eropa melalui perdagangan laut dan udara. Setelah ini, pandemi kolera terjadi bertahun-tahun sejak 1827-1886 akibat kontaminasi aliran air. Penyakit ini pertama kali terjadi di India ketika globalisasi tumbuh sangat pesat dan mode transportasi lebih cepat. Selanjutnya pandemi terjadi karena influenza, pertama kali adalah *Russian flu* (1889-1893). Virus ini menyebar dengan cepat dan menyebabkan sekitar satu juta kematian di dunia. Dua puluh tahun kemudian, pandemi influenza terjadi kembali di Spanyol yang disebabkan oleh virus H1N1 yang berasal dari unggas. Pada tahun 1957, 1968, dan 2009 terjadi kembali pandemi yang disebabkan oleh influenza pada unggas dan babi yang diakibatkan oleh turunan/mutasi dari virus influenza penyebab *Spanish flu*.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mengidentifikasi risiko ketahanan kesehatan tertinggi saat ini berasal dari muncul dan menyebarnya penyakit infeksi baru, penyebaran penyakit menular yang makin mudah karena mobilitas penduduk yang tinggi, cepat, dan padat-jumlah, penyalahgunaan antibiotik yang memicu resistensi antimikroba sehingga mempersulit tata laksana penyakit infeksi, serta ancaman *biosecurity* (WHO, 2011). Selain itu, ketergantungan pada bahan kimia yang makin meningkat seiring dengan globalisasi produksi pangan dapat meningkatkan risiko bahan tercemar dan risiko penyakit bawaan makanan yang menjadi ancaman ketahanan kesehatan global. Pandemi Covid-19 mengamplifikasi pemahaman global mengenai pentingnya ketahanan kesehatan. Situasi darurat kesehatan dan sistem kesehatan yang tidak mumpuni berdampak pada banyaknya korban yang berguguran. Kondisi ekonomi, politik, sosial, dan keamanan nasional pun turut terdampak. Hal ini memberikan pesan kritis bahwa pengelolaan ketahanan kesehatan harus dilakukan dengan serius dan terencana dengan baik.

3.2.2. Mandat dalam *International Health Regulation (IHR)*

Untuk dapat mendeteksi potensi pandemi, *International Health Regulation (IHR)* 2005 mengamanatkan setiap negara untuk memiliki kapasitas yang memadai dan berkelanjutan dalam melakukan *prevention* (mencegah), *detection* (mendeteksi), dan *respond* (merespons).

Mandat tersebut diatur dalam berbagai peraturan menteri kesehatan seperti Permenkes No. 658 tahun 2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi *New-Emerging* dan *Re-emerging*. Terakhir, pemerintah mengeluarkan Instruktur Presiden (Inpres) No.4 tahun 2019 tentang Peningkatan kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespons Wabah Penyakit, Pandemi Global, dan Kedaruratan Nuklir, Biologi, dan Kimia. Peraturan ini mengatur pembagian peran dari masing-masing Kementerian/Lembaga serta pemerintah daerah dalam melaksanakan Pencegahan, Deteksi, dan Respons serta rencana aksi peningkatan kapasitas organisasi.

3.2.2.1. Pencegahan

Dalam rangka mencegah potensi penyebaran penyakit dan kontaminasi, beberapa upaya harus dilakukan oleh setiap negara. Pertama, setiap negara harus melakukan pemeriksaan medis tertentu di setiap pintu masuk. Kemudian, pendatang yang memiliki tanda-tanda sebagai suspek atau bahkan terinfeksi harus dilakukan isolasi atau karantina dan menjadi objek observasi. Fasilitas isolasi dan karantina ini juga harus disediakan oleh negara secara terpusat dalam satu area. Sementara untuk penduduk yang belum terinfeksi, pemberian vaksinasi serta penggunaan alat pelindung diri harus didorong. Pencegahan penyebaran penyakit juga dilakukan pada hewan yang menjadi vektor penyakit serta barang-barang pengiriman.

3.2.2.2. Deteksi

Sebagaimana diatur dalam IHR 2005 bahwa setiap negara harus memiliki kapasitas dalam mendeteksi, menilai, menotifikasi, dan melaporkan temuan kasus yang berpotensi menjadi kedaruratan kesehatan masyarakat atau *public health emergency*. Deteksi kasus berpotensi *public health emergency* dilakukan di fasilitas kesehatan, masyarakat, serta setiap pintu masuk negara seperti bandar udara, pelabuhan, terminal, dan batas wilayah. Setiap kasus yang terdeteksi harus dinilai, dilaporkan, dan dinotifikasi ke WHO melalui sistem surveilans yang *real time*, akurat, dan memenuhi informasi penting seperti hasil laboratorium, sumber dan tipe risiko, jumlah kasus dan jumlah kematian, penyebab penyebaran kasus, serta metode pengukurannya (WHO, 2016). Oleh karena itu, jejaring laboratorium yang tersedia harus terintegrasi dalam satu sistem surveilans yang saling berhubungan.

Laboratorium kesehatan masyarakat merupakan jantung dari deteksi kegawatdaruratan kesehatan dan respons. Fasilitas kesehatan ini akan menyediakan data hasil deteksi dan konfirmasi kasus untuk memantau perkembangan kasus berpotensi wabah. Setidaknya ada tiga area yang harus diperhatikan dalam penguatan laboratorium kesehatan masyarakat yaitu (WHO, 2017b):

- (i) Tata kelola dan regulasi sistem laboratorium nasional
- (ii) Institusi dan jaringan laboratorium
- (iii) Tenaga kesehatan laboratorium

Deteksi kasus berpotensi wabah tidak hanya dilaksanakan pada tingkat institusi, namun juga di tingkat masyarakat. Surveilans berbasis masyarakat atau *community-based surveillance* dapat meningkatkan deteksi kasus sejak dini secara aktif di masyarakat (McGowan et al., 2022). Kesuksesan implementasi *community-based surveillance* dipengaruhi oleh empat hal yaitu petugas dan kader, masyarakat, kapasitas deteksi potensi kasus dan integrasi sistem antara surveilans berbasis masyarakat dan surveilans berbasis institusi. Data dari surveilans berbasis masyarakat kemudian terintegrasi dengan sistem surveilans Puskesmas. Dari puskesmas sistem terintegrasi dengan tingkatan berikutnya kabupaten/kota, provinsi, nasional dengan teknologi digital yang mempunyai. Contoh penerapan surveilans berbasis masyarakat adalah penemuan kasus polio di Pidie Aceh 2022 lalu berasal dari laporan masyarakat ke fasilitas kesehatan.

3.2.2.3. Respons

Dalam IHR 2005 juga ditetapkan bahwa setiap negara harus memiliki kapasitas untuk merespons dan menangani kasus *public health emergency* secara efektif dan cepat sesuai dengan kebutuhan. Pelaksanaan manajemen kasus ini harus sesuai dengan standar internasional yang dipublikasikan oleh WHO.

Penanganan pada orang yang terinfeksi kasus harus dilakukan segera dengan melakukan isolasi dan pengobatan. Kemudian *contact tracing* secara simultan dilakukan kepada suspek dan orang yang terinfeksi disekitarnya. Suspek penduduk yang juga mengalami kontak erat dengan pasien terinfeksi juga harus dikarantina dan diobservasi oleh tenaga kesehatan dan/atau masyarakat untuk melindungi dari Bahasa transmisi penyakit.

Dalam rangka melindungi penyebaran kasus yang meluas, pengaturan mobilitas keluar-masuk penduduk antarwilayah harus dikendalikan. Penduduk suspek dan terinfeksi tidak diperkenankan untuk masuk ke suatu wilayah serta penduduk sehat juga tidak diperkenankan masuk ke wilayah yang sudah terdapat kasus. Restriksi ini harus diberlakukan dalam satu wilayah dengan menetapkan indikator tertentu. Dalam

penanganan Covid-19 di berbagai negara, *lock down* menjadi upaya untuk mencegah transmisi kasus yang cepat namun memberikan dampak negatif pada pertumbuhan ekonomi. Kondisi tersebut membuat Indonesia menerapkan kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) pada wilayah dengan kasus terinfeksi yang tinggi pada lingkup yang lebih kecil. Adaptasi dan fleksibilitas regulasi dalam mengendalikan transmisi penyakit harus dimiliki oleh sistem kesehatan.

3.2.3. Konsep “*resilient health system*”

Tujuan *health security* dan UHC merupakan dua sisi mata uang yang saling melengkapi dalam satu waktu (WHO, 2021). Oleh karena itu, WHO merekomendasikan setiap negara untuk meningkatkan kapasitas sistem kesehatannya menjadi sistem kesehatan yang tangguh atau *resilient health system* yaitu memperkuat kemampuan mencegah dan merespons kegawatdaruratan kesehatan – termasuk pandemi – serta menyediakan pelayanan kesehatan esensial yang dibutuhkan masyarakat pada masa krisis. Target *universal health coverage* dan *health security* merupakan tujuan sistem kesehatan yang saling melengkapi. Untuk dapat menjamin adanya integrasi pelayanan keduanya, WHO merekomendasikan tujuh strategi yaitu:

1. Pemerintah pusat dan daerah harus dapat memperkuat kapasitas sistem kesehatan dalam mencegah dan merespons pandemi dengan melaksanakan manajemen risiko dan mempertahankan pelayanan kesehatan esensial. Penguatan ini harus terprogram dan terencana dalam *National Action Plan for Health Security* (NAPHS) dan *National Health Sector Policies* (NHSP). Penguatan ini harus melibatkan berbagai aktor termasuk fasilitas kesehatan swasta (Kementerian Kesehatan, 2019a).
2. Investasi pada pelayanan kesehatan masyarakat esensial meliputi surveilans, pembiayaan, pencegahan penyakit, promosi kesehatan dan pengurangan risiko (termasuk *risk communication*), perlindungan kesehatan, penelitian, SDM kesehatan, farmasi dan alat kesehatan, kapasitas laboratorium dan penyediaan *logistics chains*.
3. Sebagaimana disepakati dalam Deklarasi Astana bahwa pelayanan kesehatan primer adalah jantung dari sistem kesehatan. Sekarang, peran pelayanan kesehatan primer ditambah sebagai pusat dari sistem kesehatan yang Tangguh dengan kemampuan mengelola semua risiko bahaya dari kegawatdaruratan kesehatan. pelayanan kesehatan primer menunjukkan komitmen besar dari pemerintah dalam menjunjung tinggi pemerataan kesehatan. pelayanan kesehatan primer sebagai *community interface* merupakan *enabler* untuk membentuk masyarakat yang tangguh menghadapi krisis kesehatan.

4. Penyelesaian masalah kesehatan semestinya melibatkan masyarakat, termasuk badan usaha, terutama pada masa gawat darurat. Pendekatan *One Health* merupakan contoh praktik kolaborasi antarsektor kesehatan hewan, kesehatan manusia, lingkungan dan pertanian bekerja sama dalam menyelesaikan krisis kesehatan. Pengaturan Kerjasama lintas sektor, lintas disiplin ilmu harus ditetapkan pada situasi normal maupun saat krisis.
5. Pandemi Covid-19 mengajarkan bahwa sikap proaktif, inovatif, serta fleksibel pada sektor kesehatan sangat penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan pada saat krisis. Pandemi new-emerging disease mendorong pemerintah untuk adaptif serta inovatif dalam menggali potensi pengembangan teknologi baru termasuk pengembangan vaksin, terapeutic, dan diagnosis.
6. Penguatan sistem kesehatan yang tangguh sangat penting dengan memperkuat sistem persiapan, pencegahan, mitigasi, dan respons krisis. Untuk mempersiapkan ini, sistem informasi kesehatan sangat penting, pembiayaan yang memadai, SDM kesehatan harus memiliki kapasitas yang memadai, serta *good governance*.
7. Menjamin seluruh penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa adanya disparitas pelayanan kesehatan. Salah satu upayanya dengan mereduksi hambatan finansial, memperkuat *job security* dan pendapatan, menjangkau pekerja-pekerja informal, migran, serta kelompok penduduk yang rentan.

3.2.4. Pembangunan Sistem Kesehatan Global yang Tangguh

Kegawatdaruratan kesehatan masyarakat merupakan situasi yang tidak dapat diprediksi yang harus menjadi prioritas bersama. Penanganan masalah kesehatan global ini harus didukung dengan pendanaan yang berkelanjutan dan terprediksi. Dalam periode pandemi Covid-19, Indonesia berkesempatan menjadi penyelenggara pertemuan G20 yang dihadiri oleh dua puluh pemimpin negara dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi. Dalam pertemuan ini, disepakati juga bahwa *One Health approach* adalah pendekatan multisektoral untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan yang multisektoral seperti *food insecurity* dan pandemi. Kesepakatan lain dalam pertemuan tersebut antara lain (G20, 2022):

- (i) Berkolaborasi menyelesaikan masalah kesehatan global seperti tuberculosis, *anti-microbial resistant* (AMR), dan penerapan pendekatan *One Health*.
- (ii) Berkomitmen untuk bekerjasama mengatasi ketimpangan pelayanan kesehatan
- (iii) Memperkuat tata arsitektur kesehatan global dengan tiga strategi: (a) pembangunan sistem kesehatan global yang tangguh, (b) harmonisasi protokol kesehatan, (c)

pengembangan industri farmasi secara global, regional, dan domestik serta jejaring penelitian agar terbentuk *self-resilience* di setiap negara.

- (iv) Memperkuat kapasitas sistem kesehatan dalam menangani kedaruratan kesehatan dengan memperkuat sistem surveilans, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, serta dukungan pembiayaan yang memadai.
- (v) Memperkuat peran pelayanan kesehatan primer sebagai pusat dari implementasi UHC dalam menghadapi pandemi.

Indonesia mengusulkan adanya *Financial Intermediary Fund* atau *Pandemic Fund* untuk mendukung negara-negara berkembang dalam menangani masalah kesehatan global. Kerjasama antarnegara dalam memobilisasi sumber daya kesehatan lainnya juga harus dapat dilakukan secara inovatif dan fleksibel untuk menghadapi kedaruratan kesehatan di masa depan, termasuk berbagi pembelajaran dalam menangani pandemi. Standarisasi panduan teknis dalam mengatur perjalanan internasional antarnegara harus dilakukan dengan dukungan interoperabilitas digital sistem. Koordinasi dan kolaborasi internasional harus dipelihara sebagai upaya penguatan pencegahan dan penanganan pandemi di masa depan.

3.2.5. Pendekatan *One Health*

Pandemi Covid-19 mengingatkan masyarakat global bahwa wabah dan beban penyakit tidak hanya melibatkan sistem antar manusia, tetapi juga interaksinya dengan hewan dan lingkungan. Belajar dari masalah kegawatdaruratan kesehatan sebelumnya sebagian besar dipengaruhi oleh penyakit yang bersifat zoonotik. Perubahan dan pencemaran lingkungan akibat perilaku manusia dapat berbalik mengganggu kesehatan manusia. Ketiga aspek tersebut—kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan—tidak dapat dilepaskan secara terpisah dan harus diatur dan terhubung secara terstruktur dalam satu pendekatan sistem yang komprehensif, yaitu "*One Health*".

One Health adalah sebuah pendekatan yang terintegrasi dan menyatu dengan tujuan menyeimbangkan dan mengoptimasi kesehatan manusia, hewan, dan ekosistem lingkungan secara berkesinambungan (Adisasmito et al., 2022). Pertemuan G20 tahun 2022 di Bali menyepakati penerapan *One Health* dalam mengatasi masalah kesehatan global, seperti penanganan tuberkulosis dan *anti-microbial resistance*, penyakit dengan vektor (*vector-borne*), penyakit pada hewan makanan manusia, ketahanan pangan, dan pencemaran air. Pendekatan ini membutuhkan komunikasi, kolaborasi, dan koordinasi berbagai pihak, termasuk dalam upaya memahami dan mempertimbangkan risiko, manfaat, pilihan dan kesempatan untuk mendapatkan solusi yang holistik dan adil.

Prinsip Dasar Pendekatan *One Health*

1. Kesetaraan antar sektor dan disiplin
2. Kesetaraan sosiopolitik dan multikultur, serta inklusi dan pelibatan komunitas marjinal
3. Ekuilibrium sosioekologis yang mencari keseimbangan harmoni antara manusia, hewan, dan lingkungan, dan mengakui pentingnya biodiversitas, akses terhadap ruang dan sumber daya alam yang cukup, dan nilai intrinsik dari seluruh makhluk hidup di dalam ekosistem
4. Pengelolaan dan tanggung jawab manusia untuk mengubah perilaku dan mengadopsi solusi yang berkesinambungan dengan mempertimbangkan pentingnya kesejahteraan hewan dan keseluruhan ekosistem sehingga dapat menjamin kesejahteraan generasi masa depan
5. Kolaborasi multisektor dan lintas disiplin

3.2.6. Kolaborasi *Penta-Helix*

Sebagaimana diuraikan pada beberapa bagian di atas bahwa penanganan pandemi atau kegawatdaruratan kesehatan tidak bisa dilakukan oleh sektor kesehatan saja. Kolaborasi *penta-helix* meningkatkan peluang untuk: (1) mengembangkan inovasi berbasis masalah sosial yang kompleks; (2) mengubah sistem untuk meningkatkan ketangguhan, keberlanjutan, dan legitimasi demokrasi; (3) memenuhi harapan masyarakat; (4) mengubah aktor partisipan sesuai dengan tantangan sosial yang muncul; dan (5) mengembangkan produk dan layanan baru yang melibatkan antarlembaga (Sjögren Forss et al., 2021)



Gambar 3.1. Konsep kolaborasi berbasis *penta-helix*
Sumber: Sjögren Forss et al., 2021

WHO (2021) merekomendasikan tujuh kegiatan yang dapat dilakukan untuk memperkuat kelembagaan peran lintas sektor yaitu: (a) mengkaji mekanisme saat ini lintas sektor di berbagai tingkat administrasi pemerintahan, (b) mengembangkan kebijakan dan regulasi yang menekankan pada peran lintas-sektor dan masyarakat (termasuk sektor privat seperti fasilitas kesehatan swasta) untuk mendukung kesiapsiagaan kesehatan masyarakat; (c) advokasi, *mainstreaming*, dan memantau penerapan pendekatan *preparedness*, *response*, dan *recovery* melalui kebijakan yang terintegrasi dan penganggaran di tingkat nasional dan daerah; (d) mengembangkan kapasitas tenaga kesehatan untuk menjalin hubungan dan memberdayakan masyarakat; (e) mengembangkan mekanisme untuk meningkatkan akurasi dan transmisi informasi agar tidak terjadi misinformasi; (f) menerjemahkan kebijakan dan perencanaan ditingkat nasional ke tingkat daerah dalam mendukung upaya kesehatan masyarakat; serta (g) memperluas kolaborasi internasional untuk menjamin pemerataan akses pada produk-produk kesehatan termasuk alat pelindung diri dan vaksinasi (WHO, 2021).

3.2.7. Tantangan Implementasi

1. Kegawatdaruratan kesehatan masyarakat bukanlah situasi yang dapat diprediksi. Di satu sisi, kondisi tersebut harus ditangani dengan cepat dan di sisi lain pelayanan rutin juga tidak boleh terlewatkan. Dalam memperkuat sistem kesehatan yang tangguh di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota, asas desentralisasi tidak bisa terabaikan. Penanganan kejadian luar biasa pada skala lokal menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi sebagaimana diatur dalam SPM bidang kesehatan untuk tingkat provinsi. Oleh karena itu, penguatan kapasitas dinas kesehatan provinsi sebagai pelaksana SPM ini harus diperkuat seperti kapasitas sebagai epidemiolog. Implementasi SPM ini juga harus didukung dengan struktur organisasi yang jelas dan seragam di setiap provinsi sehingga *focal point* yang ada terus berkelanjutan.
2. Jejaring laboratorium berkembang pesat saat ini dari sektor kesehatan, lintas sektor (hankam dan peternakan), serta pihak swasta. Namun, jejaring laboratorium yang telah berkembang masih berbasis sektoral. Oleh karena itu, interoperabilitas sistem serta koordinasi jejaring laboratorium milik pemerintah dan swasta secara vertikal (dari puskesmas sampai pusat) dan horizontal (antarsektor) juga harus dikembangkan secara terstandar. Tata kelola laboratorium ini harus dapat menjelaskan alur rujukan kasus dari desa sampai ke pusat harus dibangun dengan dukungan digital agar laporan dapat ternotifikasi secara cepat, tepat, dan akurat.

3. Pentingnya kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri. Pandemi Covid-19 menunjukkan bahwa kapasitas SKN saat ini belum mampu merespon disrupsi dalam bidang kesehatan, ditunjukkan dengan (i) kemampuan pencegahan lemah, (ii) ketidaksiapan sarana dan prasarana kesehatan, (iii) terbatasnya kapasitas tenaga kesehatan, serta (iv) kurangnya efisiensi pemanfaatan pembiayaan kesehatan. Kemampuan pencegahan lemah nampak dari rendahnya kapasitas sarana pelayanan kesehatan melakukan *screening test* serta *tracing* dan *tracking* kasus positif Covid-19 selain itu kapasitas laboratorium juga terbatas ditunjukkan dari lamanya periode tunggu untuk mendapatkan hasil uji *swab*. Dalam penanganan kasus positif Covid-19, fasilitas kesehatan sempat mengalami krisis logistik seperti alat pelindung diri (APD) bagi para tenaga medis dan tenaga kesehatan, alat dan bahan untuk uji laboratorium, serta obat-obatan; belum semua fasilitas kesehatan memiliki ruang rawat, ruang ICU, ruang isolasi dan alat uji yang memadai, serta belum tersusunnya standar prosedur operasional manajemen kasus. Tenaga medis dan kesehatan yang memiliki kapasitas dalam penatalaksanaan krisis kesehatan khususnya pandemi sangat sedikit, sehingga diperlukan peningkatan kapasitas dalam bentuk pelatihan tambahan. Dukungan pembiayaan sangat krusial dalam memenuhi kebutuhan atas peningkatan kemampuan pencegahan, kapasitas sarana prasarana dan sumber daya manusia. Namun peningkatan jumlah pembiayaan tidak selalu berbanding lurus dengan hasil yang diharapkan jika alokasi tidak dilakukan dengan hati-hati dan efisien.

3.3. PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

3.3.1. Sejarah Perkembangan Pelayanan Kesehatan Primer

3.3.1.1. Puskesmas dan Deklarasi Alma Ata

Pemerataan (*equity*) sejak lama menjadi isu penting dalam pembangunan kesehatan, baik pada tataran nasional maupun global. Isu pemerataan tersebut menjadi agenda utama dalam forum *World Health Assembly* (WHA) yang diselenggarakan di Alma Ata pada tahun 1978. Dalam forum tersebut disampaikan bahwa sebagian besar penduduk dunia tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan. Ketidakmerataan akses tersebut terjadi dalam suatu negara dan juga antara satu negara dengan negara lain (*inequity within and between countries*). Keadaan tersebut tidak bisa diterima, antara lain karena kesehatan adalah hak semua orang, seperti dinyatakan dalam deklarasi PBB tentang hak azasi manusia: “*health is a fundamental human right*” (UN, 1948; WHO, 2020). Maka dalam forum tersebut lahirlah deklarasi yang dikenal dengan “*Health for All by 2000*” (HFA/2000). Targetnya adalah mereduksi “*inequity*” kesehatan di masing-masing negara dan di tingkat global.

Di Indonesia, jumlah penduduk yang besar dan tersebar di kawasan yang luas yang terdiri dari ribuan pulau, menyebabkan pemerataan menjadi tantangan besar dalam pembangunan kesehatan. Oleh sebab itu, pada tahun 1968 – 1969 tahun sebelum Deklarasi Alma Ata - pemerintah menetapkan kebijakan untuk mendirikan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di setiap kecamatan. Dengan Puskesmas diharapkan semua penduduk lebih mampu menjangkau pelayanan kesehatan.

Konsep Puskesmas tersebut menjadi masukan dalam WHA dalam merumuskan strategi mencapai HFA/2000. Ada dua strategi untuk mewujudkan HFA/2000:

1. Setiap negara disarankan untuk mengembangkan model pelayanan kesehatan primer yang cocok untuk masing-masing negara.
2. Setiap negara disarankan merumuskan SKN.

WHO merumuskan konsep pelayanan kesehatan primer tersebut sebagai berikut:

Primary Health Care as essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally, accessible to individuals and families in the community by means of acceptable to them, through their full participation and at a cost that community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination (WHO, 1978).

Kata kunci dalam pengertian pelayanan kesehatan primer tersebut di atas adalah:

1. Pelayanan kesehatan esensial yang praktis,
2. Menggunakan metode dan teknologi yang terbukti efektif, dan dapat diterima secara meluas
3. *Accessible* (dapat dijangkau) oleh semua orang dan rumah tangga
4. Melalui cara yang dapat diterima oleh masyarakat
5. Dengan keterlibatan penuh anggota masyarakat
6. Dengan biaya yang dapat ditanggung oleh masyarakat/komunitas setempat
7. Dengan semangat kemandirian dan pengambilan keputusan oleh masyarakat itu sendiri

Selanjutnya WHO menambahkan bahwa dengan pendekatan pelayanan kesehatan primer diharapkan (WHO dan UNICEF, 2018):

- (i) kebutuhan kesehatan penduduk akan terpenuhi dengan menyediakan pelayanan komprehensif (promotif, preventif, skrining, pengobatan, rehabilitatif dan pelayanan palliatif)

- (ii) determinan kesehatan akan dipertimbangkan ditingkat komunitas (sosial, ekonomi, lingkungan perilaku hidup masyarakat)
- (iii) individu, rumah tangga dan masyarakat diberdayakan dan terlibat

3.3.1.2. Deklarasi Astana

Walaupun konsep pelayanan kesehatan primer diterima oleh semua negara sebagai strategi untuk menjamin hak penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan, namun komitmen untuk melaksanakannya tidak optimal. Padahal konsep pelayanan kesehatan primer dipercaya sebagai strategi yang tepat untuk mengatasi ketidak merataan dan mencapai target-target MDGs dan SDGs. Isu ini kemudian dibahas dalam WHA 2018 yang diselenggarakan di Astana, Kazakhtan, tepat pada “ulang tahun” HFA/2000 yang ke empat puluh. Pertemuan tersebut menghasilkan Deklarasi Astana, yang pokok-pokok isinya adalah sebagai berikut (WHO and UNICEF, 2018):

1. Deklarasi Alma Ata untuk menghilangkan ketidakmerataan kesehatan masih tetap relevan dan perlu terus dilanjutkan
2. Penguatan pelayanan kesehatan primer tetap relevan untuk mengatasi ketidakmerataan tersebut, sekaligus untuk mencapai target-target SDG dan UHC. *“PHC is a cornerstone of a sustainable health system for universal health coverage (UHC) and health-related Sustainable Development Goals”.*

Deklarasi Astana menggarisbawahi elemen penting dalam pelayanan kesehatan primer, yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, komprehensif, terintegrasi, terjangkau, selalu tersedia dan dapat diperoleh oleh setiap orang dimanapun berada. Semua itu diselenggarakan oleh profesi kesehatan yang terlatih, terampil, mempunyai motivasi dan komitmen serta menyelenggarakan pelayanan tersebut dengan empati, dan respek terhadap harkat dan martabat.

Dalam deklarasi tersebut disampaikan 7 elemen penting untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer:

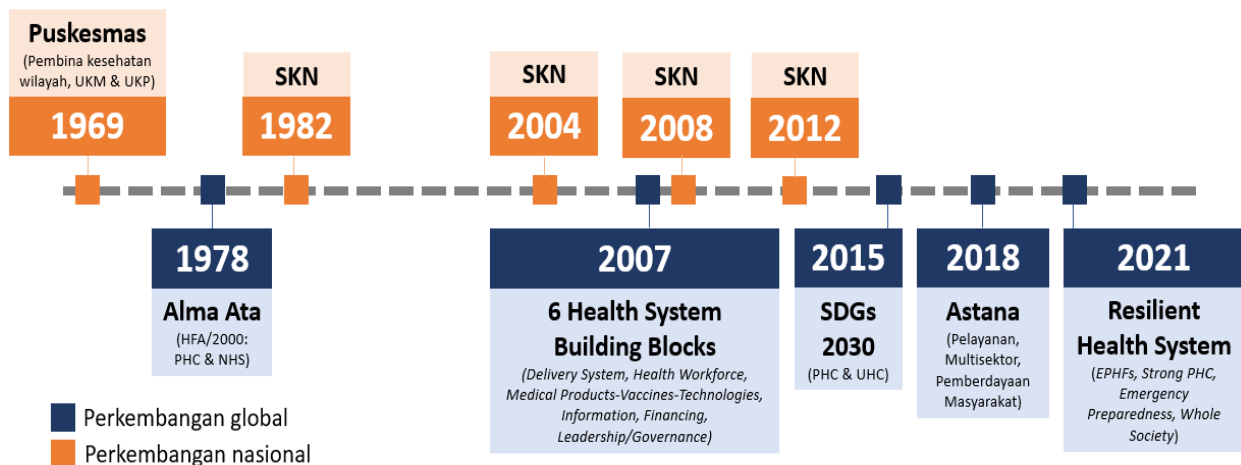
1. Dukungan ilmu pengetahuan berbasis bukti
2. Kecukupan jenis dan jumlah tenaga di tingkat pelayanan kesehatan primer
3. Penggunaan teknologi yang bermutu, aman dan efektif; dipergunakan secara rasional; didukung dengan teknologi sistem informasi
4. Investasi dan alokasi dana yang cukup, sustainable, efisien
5. Peran serta dan pemberdayaan individu, keluarga, masyarakat dan sektor swasta serta masyarakat madani

6. Dukungan seluruh stakeholder – selaras dengan kebijakan, strategi dan rencana dari berbagai sektor.

Selain Deklarasi Astana yang intinya adalah menghidupkan kembali komitmen untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer – beberapa forum global yang diselenggarakan oleh WHO juga menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan primer adalah.

1. Strategi mencapai HFA/2000 (1978)
2. Strategi kunci untuk mencapai target-target MDGs (1990) dan SDGs (2000)
3. Garis terdepan mewujudkan UHC (2010)
4. Perlu di revitalisasi untuk mencapai HFA dan menghadapi tantangan pembangunan kesehatan (Deklarasi Astana 2018)
5. Ujung tombak mengatasi ancaman pandemi (2020)

Dari pernyataan-pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam subsistem Upaya dan Pelayanan Kesehatan, Puskesmas sebagai model pelayanan kesehatan primer di Indonesia – adalah “jantung” dari SKN. Pada diagram berikut disampaikan *milestones* penting perjalanan pelayanan kesehatan primer dari waktu ke waktu, berkaitan kebijakan nasional dan global dalam menghadapi pandemi.



Gambar 3.2. Perkembangan Pelayanan Kesehatan Primer dalam Sistem Kesehatan

3.3.2. Puskesmas dan Pelayanan Kesehatan Primer

Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat sebetulnya sudah didirikan di Indonesia sebelum tahun 1969. Tetapi secara formal diadopsi menjadi kebijakan nasional pada tahun 1969 – sembilan tahun sebelum Deklarasi Alma Ata (HFA/2000). Kebijakan

tersebut adalah mendirikan Puskesmas di setiap kecamatan untuk memperluas jangkauan pelayanan dasar kepada masyarakat. Di muka sudah disampaikan bahwa konsep Puskesmas juga menjadi masukan perumusan pelayanan kesehatan primer sebagai salah satu strategi untuk meningkatkan pemerataan akses pelayanan kesehatan.

Konsep Puskesmas terus berkembang dan disempurnakan, namun konsep dasarnya tetap sama dan serupa dengan konsep pelayanan kesehatan primer dalam Deklarasi Alma Ata 1978. Berikut rumusan fungsi dan prinsip penyelenggaraan Puskesmas yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2019:

Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat;*
- b. mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan bermutu;*
- c. hidup dalam lingkungan sehat; dan*
- d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat*

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, ketersediaan akses pelayanan kesehatan, teknologi tepat guna, dan keterpaduan dan kesinambungan

3.3.3. Keunikan, Keberhasilan dan Kemunduran Puskesmas sebagai Pelayanan Kesehatan Primer

Puskesmas adalah institusi pelayanan kesehatan primer yang unik di dunia, karena Puskesmas melaksanakan UKM dan UKP secara bersamaan (terintegrasi dan menghilangkan dikotomi UKM-UKP). Puskesmas juga melaksanakan pelayanan secara komprehensif meliputi lima jenjang pelayanan (promotif, preventif, skrining, pengobatan dan rehabilitasi). Keunikan lain yang tidak disebutkan dalam berbagai kebijakan global tentang pelayanan kesehatan primer adalah fungsi utama Puskesmas sebagai *pembina kesehatan wilayah*. Konsep kewilayahatan tersebut menjadi ciri khas Puskesmas sejak awal didirikan, namun dilupakan dalam perjalanan waktu, seperti akan dijelaskan dalam sesi berikut.

Pelaksanaan Puskesmas sejak 1969 sampai 2000 didukung oleh komitmen yang sangat tinggi dari pemerintah. Semua yang berkaitan dengan Puskesmas dilaksanakan dengan *endorsement* “Instruksi Presiden” (Inpres). Ada “Inpres Pembangunan Sarana

Kesehatan” (Gedung, peralatan, dan lainnya) dan “Inpres Dokter” (penempatan dokter bekerja di Puskesmas secara wajib), “Inpres Obat” (pengadaan obat untuk Puskesmas). Kemudian untuk meningkatkan jangkauan pelayanan primer, didirikan Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Puskel). Selama periode tersebut, indikator-indikator UKM membaik secara signifikan dan mendapat apresiasi dari WHO dan UNICEF, termasuk cakupan Imunisasi, ANC, dan penimbangan balita.

Keberhasilan Puskesmas kemudian meningkat tajam sejak dilaksanakan konsep Posyandu pada tahun 1983, yaitu bentuk peran serta masyarakat yang diselenggarakan di tingkat desa. Pada akhir tahun 2000, jumlah Posyandu mencapai 250.000. Posyandu adalah tempat dimana masyarakat yang digerakkan oleh kader-kader Posyandu dan didukung oleh staf Puskesmas—menyelenggarakan lima pelayanan dasar secara terpadu, yaitu Kesehatan Ibu & Anak, Keluarga Berencana, Imunisasi, Gizi, dan Pencegahan dan Penanggulangan Diare.

Namun sejak tahun 2000, terjadi kemunduran kinerja Puskesmas secara gradual. Ada beberapa faktor yang menyebabkan penurunan kinerja tersebut. **Pertama**, kebijakan desentralisasi yang dimulai pada tahun 2000 memindahkan pengelolaan Puskesmas menjadi tanggung jawab daerah. Pemekaran daerah yang semula berjumlah 350 kabupaten/kota (tahun 2000) dan sekarang menjadi 514 kabupaten/kota, melahirkan daerah yang sebetulnya tidak mempunyai kemampuan fiskal yang kuat untuk mendukung Puskesmas. Terjadi kekosongan SDM di Puskesmas dan kekurangan anggaran operasional yang parah. Saat ini di Indonesia terdapat sekitar 10.300 Puskesmas, dan tidak seluruhnya dapat memberikan pelayanan kesehatan secara optimal karena hal tersebut di atas, namun masing-masing didukung oleh *jaringan pelayanan kesehatan* (Pustu, Puskel, Bidan di desa) dan *jejaring pelayanan kesehatan* (klinik swasta, dokter dan bidan praktik mandiri).

Kedua, kinerja Puskesmas dalam melaksanakan UKM semakin menurun sejak tahun 2014. Puskesmas disibukkan dengan kegiatan UKP untuk melayani peserta JKN. Ditambah lagi dengan insentif moneter yaitu Jasa Pelayanan (Jaspel) dari pembayaran kapitasi oleh BPJS. Puskesmas *bergeser dari pelayanan kesehatan primer (Primary Health Care, PHC) menjadi Primary Care (PC)* – yaitu lebih berfungsi sebagai provider layanan primer dalam sistem JKN. Dalam jaringan provider JKN, Puskesmas bersama dengan klinik swasta disebut sebagai FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama).

Ketiga, pada tahun 2011 dikeluarkan peraturan bersama Menpan RB, Kemendagri dan Kemenkeu tentang penundaan (moratorium) pengangkatan PNS. Untuk UPT Kesehatan (termasuk Puskesmas), moratorium tersebut dikecualikan untuk tenaga dokter, bidan dan perawat. Artinya daerah tidak bisa mengangkat tenaga kesmas, promkes, sanitarian, dan

gizi, yaitu tenaga kesehatan esensial untuk melaksanakan UKM (Peraturan bersama No.02/SPB/M.PAN-RB/9/2011). Moratorium tersebut memang sudah dicabut, tetapi sempat mempersulit pengangkatan tenaga pelaksana UKM di Puskesmas.

3.3.4. Puskesmas sebagai Pelayanan Kesehatan Primer

Salah satu isu penting dalam reformulasi SKN adalah transformasi Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer. Transformasi tersebut harus dilaksanakan secara komprehensif (menyeluruh) dan terintegrasi; yaitu meliputi aspek (i) dan tugas pokok Puskesmas, (ii) upaya kesehatan oleh Puskesmas, (iii) kordinasi dengan jaringan dan jejaring pelayanan kesehatan diwilayah kerja Puskesmas, (iv) ketenagaan (SDM), (v) Pembiayaan, (vi) dukungan teknologi, (vii) peran serta dan pembinaan masyarakat, (viii) kepemimpinan dan kapasitas manajemen, (ix) peran Puskesmas dalam menghadapi ancaman wabah, (x) kelembagaan Puskesmas.

3.3.4.1. Fungsi pokok: Pembina kesehatan wilayah

Fungsi pokok Puskesmas adalah *pembina kesehatan wilayah*. Fungsi ini sudah ditegaskan sejak Puskesmas diadopsi dalam kebijakan mendirikan Puskesmas di setiap kecamatan (1969). Terakhir dalam PMK No. 43 tahun 2019, disebutkan tujuan mendirikan Puskesmas adalah menyehatkan *wilayah kerjanya* dalam arti luas, tidak hanya menyehatkan penduduk dalam wilayah tersebut.

Konsep kewilayahan tersebut penting dipahami dan ditegaskan dalam kebijakan dan penyenggaraan Puskesmas. Wilayah kerja Puskesmas adalah suatu entitas yang terdiri dari delapan elemen (Gani, 2015).

- (i) Wilayah administratif
- (ii) Wilayah geografi
- (iii) Wilayah demografi
- (iv) Wilayah epidemiologi
- (v) Wilayah ekologi: lingkungan fisik/biologis/iklim
- (vi) Wilayah kegiatan ekonomi
- (vii) Wilayah sosial budaya yang unik
- (viii) Wilayah jaringan dan jejaring fasilitas kesehatan

Semua dimensi kewilayahan tersebut adalah sebuah entitas unik yang berproses dan berinteraksi secara dinamis. Pemimpin dan manajemen Puskesmas perlu memahami setiap elemen tersebut dalam melaksanakan fungsi pokoknya; yaitu menyehatkan wilayah beserta penduduk dalam wilayah tersebut. **Wilayah administratif** artinya Puskesmas bekerja dalam tatanan wilayah administrasi sebuah kecamatan, yang terdiri

dari desa, kelurahan, dusun, RT, RW. Untuk menggerakkan mesin birokrasi dalam program kesehatan, Puskesmas bekerja sama dengan unit-unit administrasi di wilayah kecamatan bersangkutan. **Wilayah geografi** berarti Puskesmas memperhatikan ciri geografi wilayah kerjanya (pegunungan, pantai, rawa, bersungai, pulau-pulau, dan sebagainya). **Wilayah demografi** artinya sasaran Puskesmas penduduk di wilayah kerja. Maka ukuran-ukuran demografi menjadi penting dalam upaya menyetatkan penduduk: jumlah, lahir, mati, struktur umur, distribusi dan mobilitas penduduk. Demikian juga dengan **wilayah epidemiologi**: program kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas didasarkan pada ukuran-ukuran epidemiologi di wilayahnya, yaitu morbiditas, mortalitas, penyakit utama; dan distribusi masalah kesehatan tersebut menurut kelompok penduduk, menurut tempat di wilayah Puskesmas dan menurut musim. Uraian rinci tentang konsep kewilayahan tersebut perlu disampaikan dalam pedoman manajemen Puskesmas.

3.3.4.2. Upaya Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas adalah pelaksana upaya/pelayanan yang jenis dan jumlahnya disebutkan dalam UU No. 36 tahun 2009 dan SKN/2012, yaitu sejumlah 24 program. Dalam UU No. 36 tahun 2009 jenis dan klasifikasi upaya dibagi menurut (i) penyebab penyakit, (ii) sasaran penduduk menurut kelompok umur, (iii) determinan kesehatan, (iv) jenjang pelayanan kesehatan dan (v) sifat ekonomi upaya kesehatan tersebut.

Puskesmas melaksanakan UKM dan UKP sekaligus. Misalnya, malaria memerlukan UKP (pengobatan penderita malaria), tetapi juga memerlukan UKM yaitu pemberantasan vektor dan pembagian kelambu kepada rumah tangga. Hal yang sama dilakukan untuk semua jenis masalah kesehatan. Maka di Puskesmas tidak ada dikotomi antara UKM dan UKP. Keduanya dilaksanakan secara terintegrasi (*integrated health services*). Untuk setiap jenis masalah kesehatan, Puskesmas melaksanakan enam jenjang pelayanan secara menyeluruh yaitu promotif, preventif, skrining, pengobatan, rehabilitasi dan pengobatan paliatif (*comprehensive health services*) sesuai Leavell & Clark (1965);

3.3.4.3. Memperluas Cakupan Pelayanan

Dalam perkembangan Puskesmas, didirikan Pustu, Puskel dan penempatan bidan di desa untuk memperluas jangkauan pelayanan. Jaringan pelayanan tersebut belum memenuhi satu kriteria lagi yang ditambahkan oleh WHO (Deklarasi Astana), yaitu "*timely available*" atau buka setiap saat dibutuhkan. Kriteria "*timely available*" tersebut melengkapi konsep akses selama ini, yaitu "*available*", "*reachable*", "*affordable*" dan "*acceptable*" (WHO dan UNICEF, 2020).

Salah satu pilihan untuk memenuhi kriteria "*timely available*" tersebut adalah mendirikan pusat kesehatan semacam *Pustu* di desa dengan tenaga perawat dan melaksanakan

UKM dan UKP setiap waktu. Mendirikan Pustu di seluruh desa tidak mungkin dilakukan dalam waktu pendek mengingat saat ini terdapat sekitar 85.000 desa. Implikasi biayanya tidak sedikit, terdiri dari (i) *start up cost* untuk tanah, gedung, peralatan dan penempatan perawat, (ii) *operating cost* setiap bulan.

3.3.4.4. Ketenagaan (Sumber Saya Manusia) di Puskesmas

Dalam PMK No. 43 tahun 2019, ditetapkan sembilan jenis tenaga Puskesmas, yaitu (i) dokter (ii) dokter gigi, (iii) bidan, (iv) perawat, (v) tenaga kesehatan masyarakat/promosi kesehatan, (vi) sanitarian, (vii) tenaga gizi, (viii) tenaga kefarmasian, (ix) ahli teknologi laboratorium medis atau analis laboratorium. Dari peninjauan di beberapa Puskesmas, dibutuhkan tenaga penunjang manajemen, yaitu (i) tenaga manajemen keuangan dan (ii) tenaga IT/Sistem Informasi.

Sesuai UU No. 23 tahun 2014, pengelolaan SDM Kesehatan di Puskesmas dan RSUD adalah tanggung jawab daerah. Sekarang banyak Puskesmas di daerah terpencil tidak memiliki SDM yang lengkap dan cukup. Ini disebabkan ketidak mampuan fiskal daerah yang bersangkutan atau keengganan tenaga kesehatan ditempatkan didaerah sulit/terpencil. Oleh sebab itu dalam SKN perlu disebutkan bahwa apabila ada daerah yang tidak mampu menempatkan SDM Puskesmas sesuai kebutuhan, maka Pemerintah Pusat mengambil alih tanggung jawab pengangkatan dan penempatan tersebut.

Dengan penguatan peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan primer hingga tingkat desa dan kelurahan, maka ketenagaan di Puskesmas tidak hanya perlu memenuhi standar, tetapi juga bagaimana memobilisasi tenaga kesehatan pada Puskesmas Pembantu serta mobilisasi sumber daya dari masyarakat termasuk pelembagaan kader kesehatan.

3.3.4.5. Pembiayaan di Puskesmas

Karena UKM adalah "*public goods*" maka sumber utama Puskesmas untuk melaksanakan UKM adalah dana pemerintah (APBN dan APBD). Sejak 2016 pendanaan UKM berasal dari APBN, yaitu dana BOK yang disalurkan melalui DAK-nonfisik, sebelumnya dari 2010-2015 dana BOK disalurkan melalui dana Tugas Perbantuan (TP). Permasalahan dengan dana BOK adalah:

1. Besarnya belum ditentukan atas dasar target kinerja (perencanaan anggaran berbasis kinerja), tetapi atas dasar perkiraan pusat tentang kebutuhan BOK di daerah (*alokasi budget secara top down*). Jumlah yang alokasikan jauh dari mencukupi (Kementerian Kesehatan, 2023)
2. Penyerapan BOK oleh Puskesmas sekitar 75%, antara lain disebabkan kurangnya tenaga UKM di Puskesmas

3.3.4.6. Dukungan Teknologi

Pelayanan kesehatan primer perlu didukung dengan teknologi, meliputi teknologi diagnosis, teknologi pengobatan dan farmasi dan informasi didukung dengan teknologi IT/digital. Teknologi ini didukung oleh kemampuan teknologi informasi dan digitalisasi sistem. Seperti disarankan dalam Deklarasi Astana, teknologi tersebut harus bermutu, aman dan efektif; termasuk obat dan vaksin, teknologi diagnosis dan lainnya yang dipergunakan secara rasional didukung dengan teknologi sistem informasi.

Aplikasi teknologi digital diperlukan untuk mengelola sistem informasi yang sangat kompleks, misalnya Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) yang memuat 750 *item* data, *P-care* untuk laporan pelayanan UKP bagi peserta JKN, laporan bulan pemanfaatan DAK-nonfisik, laporan kinerja UKM menggunakan 12 indikator SPM sesuai PMK No. 4 tahun 2019, dan lain-lain.

Data yang dikelola perlu memenuhi beberapa prinsip untuk mencapai pembangunan kesehatan yang optimal. Dalam Peraturan Presiden Nomor 39 tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia, untuk mewujudkan keterpaduan dalam bidang pembangunan menggunakan dukungan data yang memenuhi prinsip terstandar, memiliki metadata, dapat dibagipakaikan (interoperabilitas), dan memiliki kode referensi dan/atau data induk. Pada pelaksanaan di tataran sistem kesehatan, selain prinsip tersebut di atas data perlu memiliki sifat sederhana, akurat, dapat dimanfaatkan, dapat dipertanggungjawabkan, mudah diakses dan dilakukan pemutakhiran oleh pengelola program.

3.3.4.7. Peran Serta dan Pemberdayaan Masyarakat

Pemahaman konsep wilayah sosial-budaya membantu Puskesmas mengembangkan kemitraan dengan berbagai potensi modal sosial yang ada di masyarakat. Untuk itu penempatan tenaga promkes di Puskesmas adalah esensial. Selama ini kemitraan dengan masyarakat adalah dalam penyelenggaraan Posyandu, Poskestren, dan berbagai bentuk peran serta masyarakat lainnya.

3.3.4.8. Kepemimpinan dan Kapasitas Manajemen

Karena Puskesmas mempunyai otoritas wilayah sebagaimana halnya dengan dinas kesehatan, maka Kepala Puskesmas adalah seorang ASN, seorang aparat pemerintah yang bertanggung jawab melaksanakan semua regulasi dan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan. Di samping itu, Kepala Puskesmas memiliki kapasitas sebagai manajer kesehatan yang untuk UKM dan UKP, serta manajemen administrasi dan organisasi Puskesmas. Dalam ketentuan sekarang, seorang kepala Puskesmas adalah seorang sarjana di bidang kesehatan (dokter umum, dokter gigi, sarjana keperawatan, sarjana kesehatan masyarakat, dan sarjana kesehatan lainnya).

Peningkatan kemampuan manajemen untuk kepala dan staf Puskesmas perlu dilakukan secara berkala. Paling tidak setiap 5 tahun sekali (karena dalam 5 tahun terjadi *turn over* staf Puskesmas). Banyak pedoman manajemen dan modul pelatihan manajemen Puskesmas yang sudah dikembangkan misalnya adalah “*microplanning*” untuk penyusunan rencana 5 tahun; P1-P2-P3 untuk perencanaan, pengorganisasian dan penggerakkan; mini lokakarya untuk rencana operasional bulanan (Kementerian Kesehatan, 2016).

Dalam PP No. 18 tahun 2016 tentang organisasi perangkat daerah, Puskesmas dan RSUD ditetapkan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan. Ketentuan tersebut membuka peluang untuk mereformasi hubungan Puskesmas dengan RSUD seperti:

1. Puskesmas ditetapkan sebagai *gatekeeper* bagi RSUD dalam rangka pelayanan UKP bagi peserta JKN;
2. Puskesmas menjadi perpanjangan tangan RSUD dalam aspek medis/klinis dasar; sehingga pembinaan kemampuan medis Puskesmas dilakukan oleh RSUD;
3. Pembinaan aspek administratif, manajemen dan kemampuan melaksanakan UKM tetap dibawah Dinas Kesehatan

3.3.4.9. Ujung Tombak Menghadapi Ancaman Epidemik dan Pandemi

Pelayanan kesehatan primer mempunyai peranan strategis dalam menangani pandemi. Dalam pandemi Covid-19, pelayanan kesehatan primer/Puskesmas mendukung pelaksanaan *Prevent, Detect, Respond* (PDR) termasuk komunikasi risiko, vaksinasi, skrining (*testing*), *tracing* serta penanganan kasus Covid-19. Beberapa fungsi yang perlu diperkuat untuk menghadapi ancaman pandemi adalah:

1. Kapasitas Puskesmas melaksanakan surveilans,
2. Penguatan laboratorium dengan “*bio-safety level*” sesuai standar, dan
3. Koordinasi dengan sektor penting dalam menghadapi ancaman pandemi seperti Pusat Kesehatan Hewan (Puskesmas)

3.3.5. Urgensi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Primer

Setelah dilakukan evaluasi kegiatan pelayanan kesehatan primer di masyarakat, teridentifikasi beberapa aspek yang memerlukan reformasi untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan primer dan sejalan dengan temuan studi “Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia” oleh AIPI dan CISDI, sebagai berikut:

1. Reformasi kepemimpinan dan tata kelola

Dibutuhkan regulasi SKN yang lebih tinggi/mengikat seperti misalnya Undang-Undang, mengingat reformasi SKN dan transformasi pelayanan kesehatan primer membutuhkan waktu yang panjang dan diikuti dengan komitmen anggaran.

2. Reformasi kebijakan publik

Dibutuhkan reformasi kebijakan, tidak hanya yang berkaitan langsung dengan kesehatan, namun juga pada kebijakan yang berhubungan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan yang mempengaruhi berbagai aspek kesehatan individu/masyarakat.

3. Reformasi model layanan

Reformasi ini dibutuhkan agar masyarakat menjangkau fasilitas kesehatan tingkat primer dengan layanan berkualitas. Untuk itu perbaiki sistem akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat primer yang secara objektif bisa memastikan kualitas layanan yang diberikan, mutlak diperlukan.

4. Reformasi Pembiayaan Kesehatan

Reformasi pembiayaan kesehatan membutuhkan integrasi antara sisi pasokan (*supply side*) dan pembiayaan sisi permintaan (*demand-side financing*) serta reformasi manajemen keuangan publik untuk mendukung koordinasi, akuntabilitas, dan orientasi kinerja yang lebih baik dalam belanja publik.

5. Reformasi Sumber Daya Manusia (SDM Kesehatan)

Reformasi ini mencakup tidak hanya tenaga kesehatan, tetapi juga kader kesehatan. Negara-negara yang mempunyai sistem pelayanan kesehatan primer yang kuat, memiliki kader kesehatan tidak hanya dalam jumlah banyak, namun juga berdaya dengan kapasitas tinggi. Lingkungan pendukung harus terbentuk agar mengoptimalkan pasar kerja untuk kesehatan dalam tiga ranah berikut: pendidikan, mekanisme insentif dan kebijakan redistribusi.

3.3.6. Rumusan Muatan Puskesmas dalam SKN

Permasalahan kesehatan turut berevolusi seiring dengan pengaruh dari sistem lainnya, salah satunya sistem ekonomi. Pada negara yang telah mengalami industrialisasi akan mengalami tiga fase evolusi permasalahan kesehatan. Pada tahap awal umumnya ditemukan kasus penyakit menular, malnutrisi, dan pemukiman kumuh. Tahap berikutnya akan ditemui banyak kasus penyakit kronis terutama penyakit jantung dan pembuluh, serebrovaskular dan kanker. Tahap ketiga dideskripsikan sebagai patologi sosial dan lingkungan dimana ancaman datang bukan berupa gangguan struktur dan fungsi organ tubuh namun pencemaran akibat perkembangan perkotaan serta paparan bahan berbahaya serta perubahan perilaku sosial yang diasosiasikan dengan kekerasan, konsumsi zat berbahaya seperti rokok, alkohol, dan NAPZA.

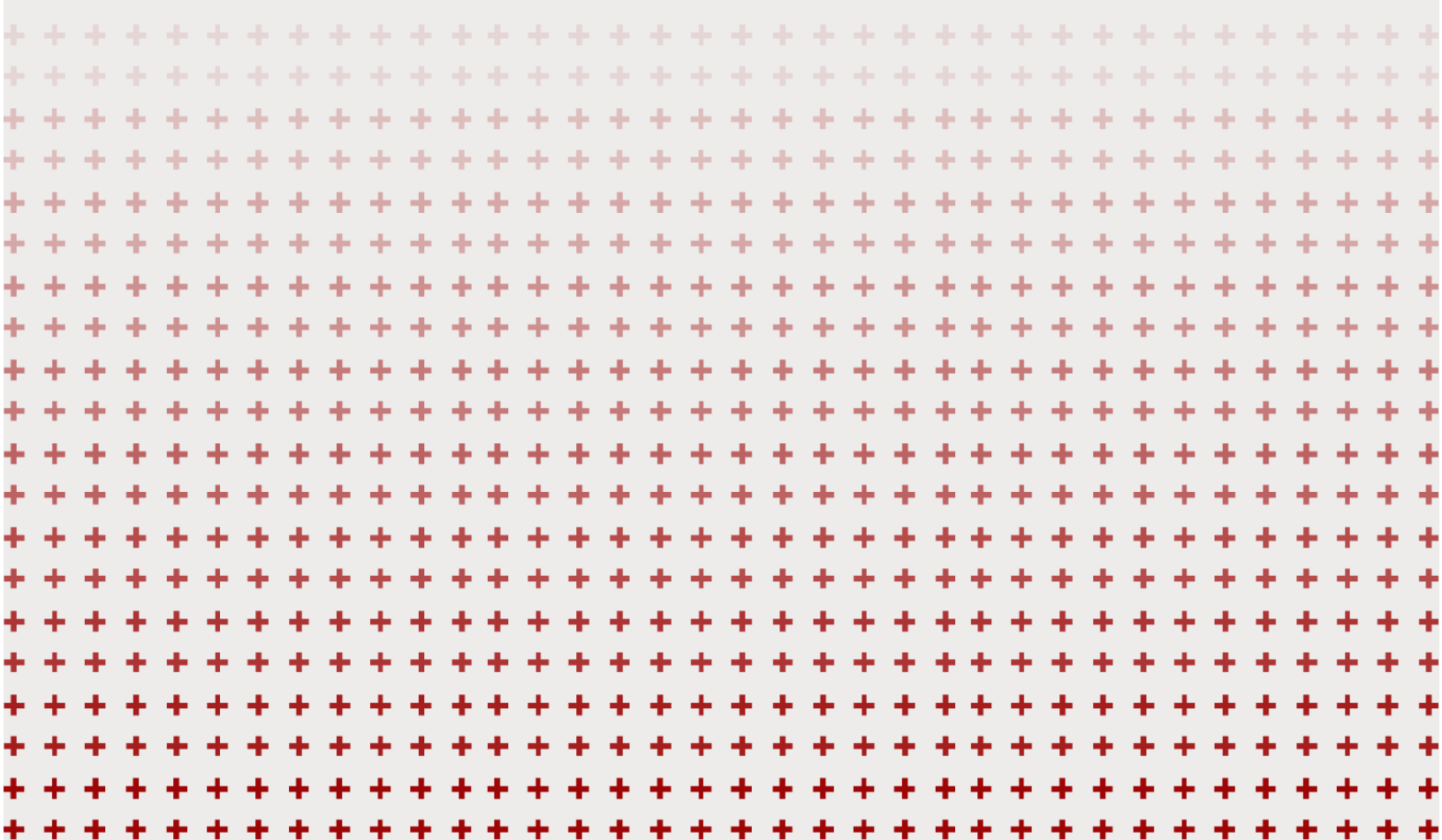
Saat ini Indonesia sedang mengalami ketiga tahapan evolusi tersebut pada rentang waktu bersamaan, dimana permasalahan mendasar (tahap awal), penyakit menular dan masalah gizi masih tinggi, disertai masalah patologi sosial dan lingkungan telah menjadi ancaman. Dalam hal ini, penanganan permasalahan kesehatan hingga ke akar permasalahan tidak dapat hanya berhenti di fasilitas pelayanan kesehatan primer yang saat ini didominasi oleh Puskesmas.

Dalam reformulasi SKN berkaitan dengan transformasi Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer, disusun dalam beberapa poin tentang kedudukan Puskesmas sebagai “*unsur upaya dan fasilitas*” dari subsistem upaya kesehatan (lihat bahasan terpisah tentang subsistem upaya/fasilitas kesehatan). Narasi yang perlu dirumuskan dalam SKN tentang Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer adalah sebagai berikut:

1. Fungsi pokok Puskesmas sebagai pembina kesehatan wilayah dengan menyebutkan delapan elemen wilayah kerja Puskesmas sebagai sesuatu entitas
2. Rumusan Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer yang lebih mengambil peran pada upaya promotif dan preventif.
3. Kelembagaan Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan dan hubungan kerjanya dengan RSUD yang juga sebagai UPT Dinkes.
4. Perluasan penguatan peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan sampai pada tingkat desa dan kelurahan. Peran RS dan jaringannya hingga tingkat desa perlu dirumuskan khususnya untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan termasuk dalam pergerakan desa dan kader kesehatan.

4

Review SKN



4. REVIEW SKN

4.1. REVIEW TUJUAN SKN

4.1.1. Rumusan Tujuan Sistem Kesehatan dalam SKN 2012

Sistem akan efektif apabila tujuan tersebut jelas dan terukur. Artinya, tujuan sebuah sistem kesehatan harus didefinisikan secara konseptual dan secara operasional, dengan indikator spesifik yang bisa diukur. Maka dalam SKN perlu ada **Key Performance Indicator (KPI)**. Hanya dengan rumusan tujuan demikian sebuah sistem dapat dimonitor prosesnya dan dievaluasi hasilnya. Namun rumusan tujuan dalam SKN 2012 belum memenuhi kriteria di atas. Rumusan tujuan tersebut bersifat sangat normatif dan tersebar (*scattered*) di beberapa pasal. Berikut adalah rumusan tujuan yang tercantum dalam beberapa pasal SKN 2012:

*Pasal 96. Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga **terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya***

*Pasal 135. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang **adil, merata, terjangkau, dan bermutu** untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya*

*Pasal 150. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat **harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.***

*Pasal 151. Pemerintah wajib menyediakan **fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat** di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.*

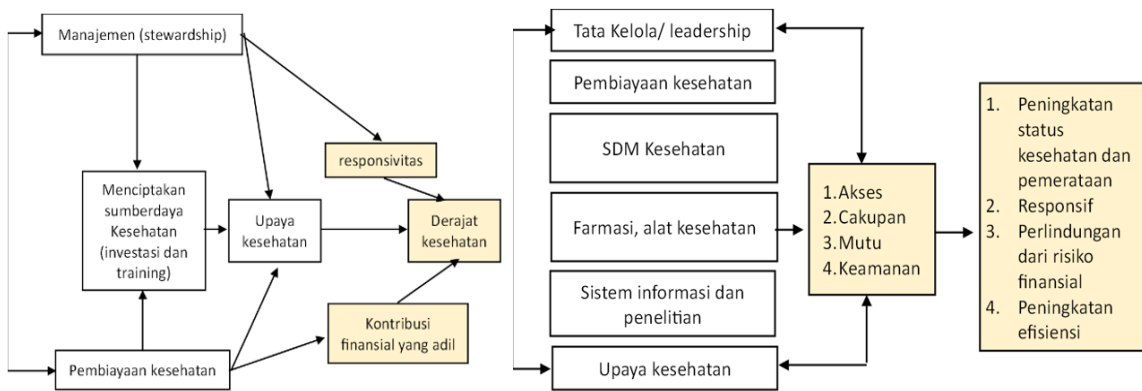
Dari pasal-pasal tersebut maka jelas yang menjadi tujuan utama SKN 2012 adalah meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya. Tujuan ini bersifat kualitatif dan normatif serta tidak mudah menentukan indikatornya. Selain frasa **derajat kesehatan setinggi-tingginya**, teridentifikasi beberapa sepuluh kata kunci yang dapat dianggap sebagai tujuan sistem kesehatan dalam SKN 2012:

1. Derajat kesehatan setinggi-tingginya
2. Efektif
3. Efisien
4. Adil
5. Merata
6. Terjangkau
7. Bermutu
8. Aman
9. Dapat diterima masyarakat
10. Memenuhi kebutuhan masyarakat

Seluruh kata kunci tersebut sudah mencakup elemen-elemen penting untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Namun, rumusan tujuan tersebut masih normatif, serta tidak jelas apa sasaran SKN yang akan “ditembak”. Akibatnya, segala upaya dan sumber daya tidak terarah pada satu “sasaran tembak” tersebut.

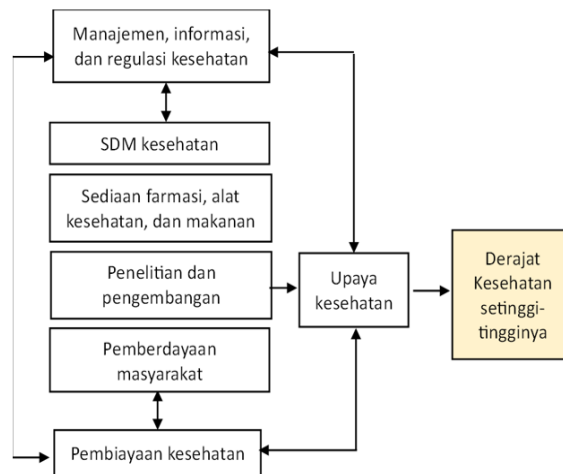
4.1.2. Rumusan Tujuan Sistem Kesehatan Menurut WHO

Dalam dokumen *Health System Building Blocks 2007*, terdapat delapan elemen tujuan sistem kesehatan terdiri dari 4 tujuan pada tataran *outcome* dan 4 pada tataran *output*.



Gambar (a) Tujuan SKN (WHO 2000)

Gambar (b) Perubahan (WHO 2007)



Gambar (c) Saat ini (SKN 2012)

Gambar 4.1. Perkembangan Rumusan Tujuan SKN

Tabel 4.1. Tujuan SKN Menurut WHO (2007)

Tujuan tataran <i>output</i>	Tujuan tataran <i>outcome</i>
1. Akses 2. Cakupan 3. Mutu 4. Aman (<i>Safety</i>)	1. Derajat kesehatan, merata 2. Responsif 3. Perlindungan finansial 4. Efisiensi

Kesepuluh elemen tujuan yang dikumpulkan dari pasal-pasal dalam SKN 2012 terdapat beberapa yang sama dengan delapan elemen tujuan SKN menurut WHO 2007 seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2. Tujuan Sistem Kesehatan Menurut SKN 2012 dan WHO 2007

Tujuan SKN WHO (2007) dan SKN 2012	Derajat kesehatan dan pemerataan	Responsif	Perlindungan finansial	Efisiensi	Akses	Cakupan	Mutu	Keamanan
Derajat Kesehatan	V							
Efektif						V		
Efisiensi				V				
Adil			V					
Merata	V							
Terjangkau					V			
Bermutu							V	
Aman								V
<i>Acceptable</i>		V						
Memenuhi kebutuhan		V						

4.2. REVIEW SUBSISTEM SKN

4.2.1. Subsistem Upaya Kesehatan

Dalam SKN 2012, istilah yang dipergunakan untuk layanan kesehatan adalah Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM). Istilah PKP dan PKM merujuk pada UU No. 36 tahun 2009. Namun istilah yang sekarang dipergunakan adalah Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Perlu dijelaskan dasar hukum perubahan istilah tersebut. UKM dan UKP dipergunakan dalam UU No. 23 tahun 2014, yang isi utamanya adalah mengatur pembagian kewenangan dan kewajiban penyelenggaraan urusan pemerintah. UU No. 23 tahun 2014 tersebut menetapkan empat urusan kesehatan yang diserahkan ke daerah (kabupaten/kota), yaitu (i) upaya kesehatan yang terdiri dari UKM dan UKP, (ii) pengelolaan SDM kesehatan, (iii) pengelolaan farmasi, alkes dan keamanan makanan/minuman, (iv) pembinaan peran serta masyarakat. Karena UU No. 23 tahun 2014 ditetapkan sesudah UU No. 36 tahun 2009 dan sesudah Perpes No. 72 tahun 2012, maka sesuai dengan azas *“lex posterior derogate legi priori”*, yang berlaku adalah peraturan perundangan yang ditetapkan terakhir. Dengan demikian istilah yang dipergunakan untuk membagi jenis upaya kesehatan adalah UKM dan UKP.

Rumusan subsistem Upaya Kesehatan sudah cukup lengkap dalam SKN 2012. Isinya meliputi (i) Pengertian, (ii) Tujuan, (iii) Unsur-unsur

Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggitingginya.

Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

- a. upaya kesehatan;*
- b. fasilitas pelayanan kesehatan;*
- c. sumber daya upaya kesehatan; dan*
- d. pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan*

SKN 2012 juga memuat daftar 24 program kesehatan, yang sebagian disebut upaya, sebagian lainnya disebut pelayanan. Daftar upaya/pelayanan tersebut dibahas lebih lanjut dalam review ini.

A. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan adalah semua kegiatan yang dilakukan untuk memelihara dan mengatasi masalah kesehatan. Sedangkan fasilitas kesehatan adalah institusi yang melaksanakan upaya kesehatan tersebut.

Pembagian upaya (disebut juga “program”) dalam UU No. 36 tahun 2009 dan SKN 2012 menggunakan ke lima perspektif tersebut. Seperti terlihat pada tabel berikut, klasifikasi tersebut bisa menimbulkan tumpang tindih antara program. Klasifikasi menurut umur tidak “*mutually exclusive*” dengan klasifikasi epidemiologi. Misalnya dalam upaya kesehatan lanjut usia (lansia), tentu ada penyakit-penyakit menular (PM) maupun Penyakit Tidak Menular (PTM). Dalam kelompok upaya kesehatan balita, tentu ada masalah gizi dan penyakit menular.

Upaya kesehatan untuk meningkatkan kesehatan penduduk menurut UU No. 36 tahun 2009 pasal 48 ayat 1 adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan;
2. Pelayanan kesehatan tradisional;
3. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
4. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
5. Kesehatan reproduksi;
6. Keluarga berencana;
7. Kesehatan sekolah;
8. Kesehatan olahraga;
9. Pelayanan kesehatan pada bencana;
10. Pelayanan darah;
11. Kesehatan gigi dan mulut;
12. Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
13. Kesehatan matra;
14. Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
15. Pengamanan makanan dan minuman;
16. Pengamanan zat adiktif, dan/atau
17. Bedah mayat.

Upaya kesehatan khusus lainnya menurut UU No. 36 tahun 2009 adalah: a. KIA, remaja, usia lanjut, penyandang cacat; b. Gizi; c. Jiwa; d. Pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular; dan e. Kesehatan lingkungan.

Kemudian SKN 2012 mengutip daftar upaya kesehatan UU No. 36 tahun 2009 tersebut dengan sedikit modifikasi, yang ditulis dalam ayat 160 sebagai berikut:

1. pelayanan kesehatan;
2. pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer;
3. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
4. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
5. pelayanan kesehatan reproduksi;
15. pengamanan makanan dan minuman;
16. pengamanan zat adiktif;
17. pelayanan forensik klinik dan pelayanan bedah mayat;
18. upaya kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat;
19. upaya perbaikan gizi;

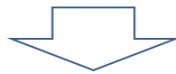
6. pelayanan keluarga berencana;
7. upaya kesehatan sekolah;
8. upaya kesehatan olahraga;
9. pelayanan kesehatan pada bencana;
10. pelayanan darah;
11. pelayanan kesehatan gigi dan mulut;
12. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
13. upaya kesehatan mata;
14. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
20. upaya kesehatan jiwa;
21. upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dan upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular;
22. upaya kesehatan lingkungan; dan
23. upaya kesehatan kerja

Ada dua catatan tentang daftar upaya dan pelayanan kesehatan yang disampaikan dalam UU No. 36 tahun 2009 dan SKN 2012 yaitu:

- a. *Catatan pertama*, istilah “*upaya*” dan “*pelayanan*” dipergunakan sekaligus secara acak/ random, padahal dalam dalam Pasal 36 SKN 2012 disebutkan bahwa “*upaya*” dan “*pelayanan*” adalah dua unsur subsistem “*upaya kesehatan*”.
- b. *Catatan kedua*, penyusunan klasifikasi dan nomenklatur upaya kesehatan dalam UU No. 36 tahun 2009 dan SKN 2012 dilakukan dengan perspektif berbeda-beda secara tidak konsisten.

Dalam teori perencanaan kesehatan, upaya kesehatan diklasifikasi menurut lima perspektif dalam diagram berikut:

1. Perspektif epidemiologi	2. Perspektif kelompok umur	3. Perspektif determinan kesehatan	4. Perspektif jenjang upaya
<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit Menular <ul style="list-style-type: none"> – Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi – AIDS, Tuberkulosis, Malaria • Penyakit Tidak Menular <ul style="list-style-type: none"> – Degeneratif – Kardiovaskuler – Gizi – Jiwa 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan KIA • Kesehatan usia sekolah • Kesehatan Usia kerja • Kesehatan lansia • Kesehatan usia produktif 	<ul style="list-style-type: none"> • Upaya kesehatan lingkungan • Upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotif • Preventif • Skrining • Pengobatan • Rehabilitasi



5. Perspektif sifat ekonomi dan cara pelaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> • Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) • Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Gambar 4.2. Klasifikasi/Nomenklatur Upaya/Pelayanan/Program Kesehatan

Perbedaan UKM dan UKP penting disebutkan dalam SKN karena pada akhirnya upaya-upaya tersebut adalah yang langsung berkaitan dengan delapan indikator kinerja SKN (*lihat bahasan tentang tujuan SKN*). Dalam tabel berikut disampaikan kriteria lebih lengkap yang membedakan UKM dari UKP.

Tabel 4.3. Perbedaan antara UKM dan UKP

Karakteristik	UKM	UKP
Sasaran	- Kelompok penduduk - Lingkungan fisik dan sosial	- Individu - Rumah Tangga
Perspektif komoditas ekonomi	<i>Public goods</i>	<i>Private goods</i>
Sumber pembiayaan	- Pemerintah (pajak)	- Tarif (OOP) - Sistem asuransi (sosial dan komersial) - Pemerintah (pajak) dalam hal untuk penduduk miskin/ tidak mampu
Pendekatan pelaksanaan	- Menggerakkan mesin birokrasi - Menggerakkan mesin sosial (modal sosial)	- Menggerakkan institusi pelayanan kesehatan - Menggerakkan institusi keluarga
Prioritas intervensi	Promotif, preventif, diagnosis dini (skrining)	Diagnosis dini, pengobatan, dan rehabilitasi
Dasar sistem rujukan	Otoritas wilayah: - UKM primer oleh otoritas kesehatan kecamatan - UKM sekunder oleh otoritas kesehatan kabupaten (lintas kecamatan) - UKM tersier oleh otoritas kesehatan provinsi (lintas kabupaten/kota)	Otoritas kompetensi medis: - UKP primer oleh tenaga non-spesialis - UKP sekunder oleh tenaga spesialis - UKP tersier oleh tenaga subspesialis

B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Dimensi atau unsur kedua dalam subsistem upaya kesehatan adalah "*fasilitas kesehatan*". WHO menyebut pelayanan kesehatan tersebut disebut dengan istilah "*delivery system*" (WHO, 2009). Fasilitas kesehatan adalah institusi pelayanan kesehatan yang melaksanakan semua upaya kesehatan yang disebutkan dan dijelaskan dimuka.

SKN 2012 membagi fasilitas kesehatan dalam tiga jenjang, yaitu sebagai berikut:

- (1) Fasilitas pelayanan kesehatan primer
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

(3) Fasilitas pelayanan kesehatan tersier

Masing-masing upaya kesehatan baik UKP maupun UKM dilakukan di setiap jenjang fasilitas kesehatan. UKP primer, sekunder, dan tersier diklasifikasikan berdasarkan tingkatan kompetensi pelayanan medis, baik dari sisi fasilitas dan tenaga kesehatannya. Untuk UKM, klasifikasi “primer, sekunder dan tersier” tersebut tidak dapat didasarkan pada jenjang kompetensi medis seperti halnya pada UKP. Prinsip UKM adalah kewilayahan. Jadi, pembagian jenjang fasilitas penyelenggaraan UKM didasarkan pada “*otoritas kewilayahan*”. Klasifikasi UKP dan UKM pada fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier digambarkan pada tabel 4.4.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) adalah suatu alat dan/atau tempat yang berfungsi menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Fasyankes menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk mendukung subsistem upaya kesehatan baik UKP dan/atau UKM.

Secara umum, fasyankes dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis berdasarkan jenjang pelayanan dalam sistem rujukan yaitu fasyankes primer dan fasyankes rujukan. Khusus fasyankes rujukan dapat dikategorikan menjadi fasyankes tingkat sekunder maupun tersier dengan didasarkan pada kapasitas dan kompetensi pelayanan dan jenis spesialis/subspesialis yang dimiliki suatu fasyankes rujukan. Selain itu, terdapat pula jenis fasyankes lainnya yaitu unit transfusi darah, laboratorium kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.

Entitas fasyankes seperti puskesmas, klinik, dan RS pada dasarnya merupakan sumber daya kesehatan yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan baik UKP maupun UKM, seperti halnya tenaga kesehatan, farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Oleh karena itu, dalam konteks pengelompokan subsistem kesehatan nasional faskes perlu terpisah dari subsistem upaya kesehatan.

Tabel 4.4. Klasifikasi UKP dan UKM pada fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier

	UKP	UKM
Fasyankes Primer	Fasilitas Kesehatan <ul style="list-style-type: none">• Puskesmas• Puskesmas Pembantu (Pustu)• Puskesmas keliling• Klinik swasta• Praktik dokter mandiri• Bidan praktik mandiri	Institusi kesehatan yang mempunyai fungsi di wilayah terdepan yaitu Puskesmas di tingkat kecamatan

	UKP	UKM
	Tenaga kesehatan Tenaga kesehatan dengan kompetensi umum	
Fasyankes Sekunder	Fasilitas Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> • Rumah Sakit tingkat Kab/Kota dan/atau Provinsi Tenaga kesehatan Tenaga kesehatan dengan kompetensi spesialis	Dinas Kesehatan Kab/Kota (tingkat Kab/Kota)
Fasyankes Tersier	Fasilitas Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> • Rumah Sakit tingkat Kab/Kota dan/atau Provinsi • Rumah Sakit Pusat Tenaga Kesehatan Tenaga kesehatan subspesialis	Dinas Kesehatan Provinsi (tingkat Provinsi) dan Kementerian Kesehatan (tingkat pusat)

a) Fasyankes Primer

Fasyankes primer merupakan fasyankes yang menjadi garis depan pelayanan kesehatan baik berkaitan dengan pelayanan UKM maupun UKP. Fasyankes primer fokus pada penyediaan layanan kesehatan dasar (bersifat non spesialis). Upaya kesehatan di fasyankes primer mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan memprioritaskan aspek promotif dan preventif termasuk penanganan awal suatu kasus kesehatan sebelum memburuk. Pelayanan yang diberikan mencakup observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya termasuk upaya promotif dan preventif. Bentuk fasyankes primer atau umumnya dikenal sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) antara lain Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik pratama, dan tempat praktik mandiri tenaga kesehatan.

Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat; mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan bermutu; hidup dalam lingkungan sehat; dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Penyelenggaraan Puskesmas meliputi prinsip-prinsip sebagai berikut, yaitu paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah,

kemandirian masyarakat, ketersediaan akses pelayanan kesehatan, teknologi tepat guna, dan keterpaduan dan kesinambungan (Kementerian Kesehatan, 2019b).

Puskesmas sebagai garis terdepan dalam penyediaan layanan UKP dan UKM dalam pelayanan kesehatan primer sering terkendala dengan luasnya wilayah layanan maupun besarnya jumlah penduduk dalam sebuah kecamatan wilayah kerjanya. Hal ini berimplikasi pada penjangkauan layanan yang belum merata pada seluruh masyarakat baik aspek promotif, preventif, maupun kuratif. Kondisi ini perlu diperkuat dengan pengembangan sistem pelayanan kesehatan primer hingga tingkat desa dengan memastikan adanya tenaga kesehatan yang bertugas di tingkat desa. Selain itu, peran kader sangat vital dalam menggerakkan masyarakat dan mendukung ketersediaan layanan dasar di tingkat desa sehingga penguatan pelayanan kesehatan primer di desa perlu didukung dengan pelembagaan kader kesehatan sebagai bagian dari SKN dan daerah kedepannya. Hal tersebut diharapkan dapat mengoptimalkan fungsi dan kinerja pada kader kesehatan di lapangan.

Fasyankes Primer lain yaitu Klinik Pratama menyelenggarakan UKP yang menyediakan pelayanan medis dasar. Pelayanan medis dasar yang dimaksud mencakup pelayanan dokter umum, pelayanan dokter gigi umum, pelayanan tindakan sederhana, pelayanan kebidanan sederhana, dan pelayanan administrasi rekam medis. Selain itu juga memiliki peran dalam penyediaan jasa konsultasi promotif dan preventif di tingkat individu termasuk hingga pelayanan kuratifnya.

Klinik pratama dapat menjadi salah satu fasyankes yang membantu meringankan beban kerja Puskesmas terutama pada wilayah kerja Puskesmas yang cukup luas dan beban kerja yang banyak. Saat ini sudah banyak klinik pratama di Indonesia, namun masih banyak klinik pratama yang belum berfungsi secara optimal dikarenakan seperti terkendala dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan, operasional, dan lainnya.

Selain klinik pratama, bentuk fasyankes primer yang dikelola oleh non Pemerintah yaitu praktik mandiri dokter atau dokter gigi. Tempat praktik mandiri tenaga kesehatan diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan langsung kepada pasien/klien. Dengan adanya tempat praktik mandiri tenaga kesehatan dapat mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat khususnya pada wilayah-wilayah yang sulit diraih oleh fasyankes Pemerintah, seperti Puskesmas.

b) Fasyankes Rujukan

Berdasarkan lampiran Perpres No. 72 tahun 2012 tentang SKN, fasyankes rujukan memberikan pelayanan kesehatan berupa upaya kesehatan rujukan sekunder (rujukan

lanjutan) dan upaya kesehatan rujukan tersier (rujukan unggulan), baik berupa pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat.

RS dapat didirikan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau swasta dalam bentuk Unit Pelaksana Teknis Kementerian kesehatan atau Instansi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Pemenuhan dan pemerataan akses fasyankes rujukan di setiap daerah juga didukung oleh pemerintah pusat melalui dana alokasi khusus (DAK) dengan pembangunan RS D Pratama serta pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di RS milik daerah. Saat ini seluruh kabupaten/kota sudah memiliki RS sehingga total jumlah RS di Indonesia sebanyak 3.042 RS, termasuk RS kepemilikan Pemerintah, TNI/Polri, dan Swasta (Kementerian Kesehatan, 2022)

Sebanyak 36 persen RS yang ada saat ini merupakan RS milik Pemerintah yang dikelola oleh K/L Pusat, Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/kota. Hal ini berimplikasi pada beban pembiayaan operasional maupun non-operasional RS Pemerintah bersumber APBN/APBD yang cukup tinggi. Pengembangan skema pengelolaan BLU/BLUD belum mampu meningkatkan kemandirian RS sehingga dalam rencana pengembangan maupun pelayanannya masih membutuhkan dukungan APBN/APBD. Kedepan perlu fokus untuk mengembangkan strategi dalam percepatan kemandirian RS Pemerintah salah satunya dengan pemetaan beban layanan dan sistem rujukan yang terintegrasi sehingga dapat membantu dalam perencanaan keuangan dan kebutuhan layanan di RS. Selain itu, dukungan swasta melalui skema KPBU juga dapat menjadi alternatif pembiayaan terutama untuk kebutuhan investasi pengembangan RS.

Bentuk RS dapat berupa RS statis, RS bergerak, atau RS lapangan. RS Statis merupakan RS yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan. RS bergerak merupakan RS siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain yang difungsikan di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, daerah yang tidak mempunyai RS, dan/atau kondisi bencana dan situasi darurat lainnya. RS bergerak dapat berbentuk bus, pesawat, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer. RS Lapangan merupakan RS yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu, dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai RS.

c) Fasyankes Lainnya

Selain fasyankes di tingkat primer dan rujukan, terdapat fasyankes lain yang terdapat dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 47 tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan antara lain Unit Transfusi Darah (UTD, Laboratorium Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Tradisional. Unit Transfusi Darah (UTD) merupakan fasyankes yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah. UTD berperan penting dalam ketersediaan darah di fasyankes terutama dalam kondisi kegawatdaruratan sehingga Pemerintah Daerah kabupaten/kota wajib menyediakan paling sedikit satu unit transfusi darah pada setiap kabupaten/kota (Pemerintah Indonesia, 2016).

Laboratorium kesehatan (labkes) merupakan fasyankes yang melaksanakan pengukuran, penetapan, dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia dan/atau bahan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan atau faktor risiko yang dapat berpengaruh pada kesehatan perseorangan dan/atau masyarakat. Labkes memiliki 5 tingkatan merujuk pada standar WHO yaitu Laboratorium Tingkat 1 (Laboratorium Puskesmas), Laboratorium Tingkat 2 (Labkesda Kab/Kota), Laboratorium Tingkat 3 (Labkesda Provinsi), Laboratorium Tingkat 4 (Laboratorium Regional), dan Laboratorium Tingkat 5 (Laboratorium Nasional) (WHO, 2018). Pembelajaran dari pandemi Covid-19, penguatan keamanan dan ketahanan kesehatan (*health security and resilience*) menjadi salah satu arus utama pembangunan kesehatan. Kesadaran akan kebutuhan laboratorium kesehatan dengan standar dan kapasitas yang mumpuni menjadi salah satu fokus saat ini. Laboratorium kesehatan memiliki peranan yang sangat penting yaitu dalam uji klinis diagnosa medis, *tracing and testing*, dan surveilans kesehatan masyarakat.

Penyediaan labkes dilakukan berdasarkan pemetaan daerah dengan mempertimbangkan jumlah fasyankes berupa tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan, klinik, pusat kesehatan masyarakat, dan rumah sakit. Saat ini, laboratorium kesehatan yang memenuhi standar kualitas tertentu seperti BSL-2 belum tersebar merata dan masih terfokus di wilayah barat Indonesia. Upaya peningkatan kapasitas labkes dilakukan mulai tahun 2021 dengan adanya dukungan melalui DAK Fisik dan Non Fisik.

Fasyankes tradisional yang menyelenggarakan pengobatan/perawatan pelayanan kesehatan tradisional komplementer. Upaya pelayanan kesehatan yang tercakup dalam pelayanan kesehatan tradisional komplementer yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bahkan mencakup pelayanan paliatif. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tradisional dapat didirikan secara mandiri maupun berkelompok yang dimiliki oleh perseorangan atau badan hukum. Pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional

merupakan tanggungjawab dari Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang didasarkan dari hasil pemetaan kebutuhan pelayanan tersebut di daerah. Fasyankestrad komplementer mencakup Griya Sehat, yang meskipun sudah termasuk sebagai fasyankes namun saat ini belum menjadi standar bagi Pemerintah Daerah untuk menyediakan. Hal ini dapat menjadi pertimbangan strategi pemetaan daerah yang berpotensi dalam pengembangan kestrad dilihat dari aspek minat masyarakat dan ketersediaan tenaga pelaksananya.

C. Kondisi Ideal Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan yang berkualitas menjadi kebutuhan di masyarakat yang perlu dicerminkan dalam ukuran standar kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Ukuran kualitas tersebut perlu mencakup tingkat *responsiveness*/responsivitas pelayanan yang digambarkan salah satunya dengan waktu tunggu pelayanan, tingkat kepuasan masyarakat yang memanfaatkan layanan serta keselamatan pasien. Aspek responsivitas juga perlu ditunjukkan dengan sikap baik dan ramah dari petugas kesehatan dalam setiap penyediaan layanan kesehatan serta ditunjang dengan sistem informasi yang dapat mengurangi antrian dan waktu tunggu pelayanan. Selain itu, peningkatan kapasitas setiap fasyankes secara merata juga dapat mengurangi beban pelayanan terhadap kasus tertentu di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertimbangan penentuan jumlah dan jenis fasyankes perlu dikembangkan secara khusus terutama untuk daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Daerah dengan kondisi geografi khusus seperti daerah pegunungan, perairan, dan kepulauan juga membutuhkan kebijakan afirmasi baik dari sisi jumlah dan jenis fasyankes, sistem pelayanan, sistem rujukan, dan mekanisme pembiayaan.

Inovasi dan afirmasi khusus untuk daerah sulit akses tersebut membutuhkan konsep yang *out of the box* dalam perumusan standar dan konsep kekhususan dalam sistem pelayanan kesehatannya. Alternatif bentuk skema pelayanan kesehatan khusus dapat berupa RS kapal, pusling perairan, pusling *double gardan*, dan *flying health care* yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, baik dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Pelembagaan pelayanan kesehatan khusus yang bekerja sama dengan swasta dan masyarakat dapat menjadi terobosan pemenuhan dan pemerataan akses di daerah dengan konteks geografi khusus dan wilayah sulit akses. Pemenuhan dan pemerataan akses dapat mengurangi waktu tunggu pelayanan serta meningkatkan responsivitas pelayanan kesehatan.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan juga dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas tenaga kesehatan baik dari sisi *hardskill* maupun *softskill* agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dapat diandalkan (*reliability*) dan ramah (*friendly*), perbaikan skema jejaring dan sistem rujukan berbasis kompetensi, serta pelibatan swasta.

Pergeseran beban epidemiologi di Indonesia dari penyakit menular ke penyakit tidak menular perlu didukung oleh fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu, pembelajaran pandemi Covid-19 juga menunjukkan bahwa SKN belum *agile* dan responsif. Untuk menghadapi tantangan kesehatan ke depan diperlukan penguatan upaya promotif dan preventif, terutama dengan memperluas cakupan fasyankes primer hingga ke tingkat desa/kelurahan yang dilengkapi dengan standar baik sarana prasarana maupun tenaganya.

Kesenjangan akses dan mutu pelayanan kesehatan antara wilayah dan kelompok masyarakat menjadi salah satu tantangan dalam penyelenggaraan UKP di Indonesia. Berdasarkan data dari Survei Potensi Desa (Podes) 2020, 29% desa masih mengalami kesulitan akses ke Rumah Sakit. Perubahan pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular mendorong pendekatan UKP yang lebih komprehensif, holistik, dan multidisiplin. Selain itu hal ini pun mendorong peningkatan permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang lebih bervariasi, spesifik, dan personal, yang membutuhkan peningkatan kapasitas dan kompetensi tenaga kesehatan serta pengembangan model pelayanan kesehatan yang lebih inovatif dan adaptif.

Tantangan kesehatan global seperti pandemi memberikan urgensi terhadap keselarasan penguatan antara UKP dan UKM yang diterjemahkan dengan perlunya upaya penguatan sistem kesehatan yang responsif. Upaya Kesehatan merupakan suatu bentuk kegiatan pelayanan kesehatan yang memiliki sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.43 Tahun 2019, UKM terdiri dari lima komponen yaitu kesehatan keluarga, gizi masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, promosi kesehatan, serta kesehatan lingkungan. UKM harus dilaksanakan secara terpadu, holistik, partisipatif, berkesinambungan, dan berbasis pada kebutuhan dan potensi masyarakat.

Perkembangan UKM cenderung lebih lambat dibandingkan dengan UKP karena beberapa faktor. Pertama, UKM membutuhkan kerjasama dan partisipasi dari berbagai pihak, seperti pemerintah, masyarakat, organisasi, dan sektor swasta. Hal ini menimbulkan tantangan dalam hal koordinasi, komunikasi, dan alokasi sumber daya. Kedua, UKM berfokus pada upaya preventif dan promotif, sehingga sulit untuk mengukur dampaknya secara langsung dan jangka pendek. UKM memerlukan waktu yang lama

untuk menunjukkan hasilnya, seperti penurunan angka kematian, penyakit, dan kesakitan. Ketiga, UKM menghadapi hambatan sosial, budaya, dan politik yang dapat mempengaruhi perilaku dan sikap masyarakat terhadap kesehatan. Misalnya, kurangnya kesadaran, pengetahuan, dan motivasi masyarakat untuk hidup sehat, adanya kepercayaan dan tradisi yang tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, serta adanya kepentingan dan konflik antara kelompok-kelompok tertentu. Oleh karena itu, penguatan UKM harus lebih reformatif dan memerlukan komitmen dan dukungan dari semua pihak yang terlibat.

D. Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi sebagai Penguatan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan

a) Kondisi Sistem Rujukan Saat Ini

Sistem rujukan pelayanan kesehatan mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal antara fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan termasuk hubungan dalam proses pemanfaatan jaminan kesehatan dalam penyelenggaraan UKP dan UKM. Efektivitas dan efisiensi suatu sistem rujukan ditentukan berdasarkan pemenuhan prinsip ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan berdasarkan kapasitas dan penjenjangan beban layanan antarfasyankes. Sistem rujukan saat ini mengambil pendekatan pelayanan rujukan berjenjang yang artinya pelayanan bermula dari FKTP dan pelayanan selanjutnya hanya dapat dilakukan apabila mendapat rujukan dari fasyankes di tingkat lebih rendah.

Rujukan UKP didasarkan pada **otoritas keahlian medis**. Layanan UKP primer dilakukan oleh tenaga *non-spesialis* di FKTP. Manakala tenaga tersebut tidak mampu, maka dirujuk kepada tenaga *spesialis* di fasilitas kesehatan rujukan lanjutan sekunder (FKRL sekunder). Selanjutnya kalau layanan sekunder tidak mampu mengatasi masalah kesehatan perorangan tersebut, dilakukan perujukan ke tenaga subspesialis di fasilitas kesehatan lanjutan tersier (FKRL tersier).

Rujukan UKM didasarkan pada **otoritas kewilayahan**. Unit yang melakukan UKM disuatu wilayah adalah organisasi kesehatan yang diberi wewenang melaksanakan UKM di wilayah tersebut. Di Indonesia, yang diberi kewenangan dan tugas di wilayah kecamatan adalah Puskemas.

Apabila suatu masalah kesehatan masyarakat meliputi beberapa wilayah kecamatan (di luar wilayah kerja suatu Puskemas), maka penanganan masalah UKM tersebut dirujuk ke organisasi kesehatan yang lebih tinggi, yang memiliki otoritas wilayah lebih dari satu

kecamatan; yaitu Dinas Kesehatan. Demikian selanjutnya, untuk masalah lintas kabupaten, rujukannya adalah Dinas Provinsi (Gani, 2023).

Tabel 4.5. Perbedaan Rujukan UKM dan UKP

RUJUKAN UKP	Otoritas medis
UKP Primer	Non-spesialis
UKP Sekunder	Spesialis
UKP Tertier	Sub-spesialis
UKP Lanjut	"Super spesialis" (??)
RUJUKAN UKM	Otoritas wilayah
UKM Primer	Puskesmas
UKM Sekunder	Dinas Kesehatan Kab/Kota
UKM Tertier	Dinas Kesehatan Propinsi
UKM Lanjut	Kemenkes

Catatan Sistem Rujukan Upaya Kesehatan

Balai kesehatan (seperti Balai Paru, Balai Kesehatan Mata, dan lain-lain) dan Laboratorium kesehatan masyarakat, bukan jenjang rujukan UKM. Unit-unit tersebut adalah unit penunjang bagi Puskesmas, Dinkes Kabupaten/kota, Dinkes Provinsi dan Kemenkes untuk melaksanakan UKM. Unit-unit tersebut secara formal tidak diberi otoritas kewilayahan.

Saat ini sistem rujukan UKM belum memiliki standar dan konsep termasuk skema klasifikasi layanan di setiap jenjang rujukannya. Pembagian berdasarkan otoritas wilayah juga harus disertai adanya penjenjangan standar dan kapasitas layanan untuk setiap penyedia layanan UKM di setiap tingkatan sehingga dapat menjadi rujukan dalam pemenuhan kebutuhan dan peningkatan kapasitasnya. Beberapa Pemerintah Daerah berinisiatif membentuk Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas) sebagai bentuk fasyankes UKM sekunder namun karena konsep dan standar belum terdefiniskan sehingga tidak berfungsi optimal. Hal ini pada berdampak masih rendahnya kesadaran dan pemahaman baik dari masyarakat maupun penyedia layanan terhadap urgensi dan prioritas terhadap alokasi sumberdaya dalam pelaksanaannya.

Sistem rujukan UKP yang saat ini berlaku sudah tidak lagi ideal karena belum menggambarkan kompetensi dan kapasitas antarfasyankes. Hal ini berimplikasi pada belum meratanya kapasitas pelayanan sehingga beban pelayanan tertentu menumpuk pada fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah tertentu. Hal ini dapat dilihat dari rata-rata waktu tunggu pelayanan kanker yang mencapai lebih dari tiga bulan karena ketergantungan tinggi pada Rumah Sakit (RS) Kanker Dharmais. Selain itu, dengan

sistem rujukan berdasarkan tipe RS (Tipe A, B, C dan D) menjadi tidak relevan pasca berlakunya PMK No. 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS, klasifikasi tipe RS hanya berdasarkan pada jumlah tempat tidur RS. Hal ini menyebabkan tidak adanya pemetaan kapasitas RS yang terintegrasi dan pembagian beban pelayanan yang merata.

Selain itu, di era JKN, RS memainkan peran penting dalam menangani rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Namun berdasarkan data fasyankes yang bekerjasama dengan JKN, RS di Jawa-Bali cenderung memiliki jumlah kerjasama dengan FKTP yang jauh lebih sedikit dibandingkan wilayah lainnya. Jumlah FKTP yang menjadi tanggung jawab rumah sakit dapat mempengaruhi akses ke layanan rumah sakit dan kualitas penerapan sistem rujukan. Rata-rata RS di Jawa-Bali memiliki beban rujukan 2-3 FKTP sedangkan RS di wilayah lainnya memiliki beban rerata 6-7 FKTP. Disparitas beban rujukan ini pun akan semakin terlihat apabila mempertimbangkan aspek geografis kewilayahan yang menyebabkan sistem rujukan yang diberlakukan perlu lebih fleksibel. Isu lain yang muncul dalam sistem rujukan saat ini adalah belum adanya standar kriteria rujukan yang cukup jelas dan baku untuk setiap jenis penyakit atau kondisi kesehatan. Isu ini menjadi lebih kompleks ketika dikompositkan dengan permasalahan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Isu lain yang perlu menjadi pertimbangan dalam sistem rujukan adalah perbedaan kondisi geografis antarwilayah yang akan mempengaruhi skema rujukan dan standar pelayanan yang akan disediakan di setiap wilayah. Daerah pegunungan, perairan, dan kepulauan memerlukan standar dan konsep rujukan yang lebih sensitif terhadap kondisi geografis tersebut sehingga dapat meningkatkan akses secara merata serta peningkatan kualitas juga tercapai di sisi lainnya. Kebijakan afirmasi baik dari sisi jumlah dan jenis fasyankes, sistem pelayanan, sistem rujukan, dan mekanisme pembiayaan dibutuhkan untuk kondisi tersebut.

b) Upaya Penguatan Melalui Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi

Pemberlakuan PMK No. 47 tahun 2021 menuntut perubahan sistem rujukan menjadi sistem rujukan berbasis kompetensi yang sebelumnya hanya didasarkan pada tipe RS yang ditentukan melalui jumlah tempat tidur. PMK ini mengatur tentang mekanisme rujukan pasien antara fasilitas kesehatan primer, sekunder, dan tersier berdasarkan kompetensi tenaga kesehatan yang ada di masing-masing fasilitas. Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi dikembangkan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klinisnya, serta untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan yang terbatas. Sehingga faktor kunci dalam pengembangan Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi adalah kapasitas fasyankes dan tenaga kesehatannya. Selain itu, diperlukan juga faktor penunjang melalui

pengembangan sistem informasi rujukan yang terintegrasi dan terstandarisasi, sehingga memudahkan koordinasi dan komunikasi antara fasilitas kesehatan yang merujuk dan yang menerima rujukan. Dengan demikian, diharapkan sistem rujukan berbasis kompetensi ini dapat meningkatkan akses, mutu, efisiensi, dan efektivitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Sistem rujukan berbasis kompetensi bekerja dengan cara mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang tersedia. Sistem ini memungkinkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih sesuai dengan kondisi pasien dan kompetensi dokter atau tenaga kesehatan yang merujuk. Dengan demikian, pasien bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih cepat. Namun, pengembangan Sistem Rujukan berbasis kompetensi masih terbatas pada UKP. Padahal, untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), diperlukan pula pengembangan ditingkat UKM. Salah satu faktor penimbang dalam efektivitas penerapan sistem rujukan berbasis kompetensi adalah *severity level* dan efisiensi (seberapa berat kasus dan seberapa efisien sistem yang berlaku) yang menuntut sistem rujukan mendorong tingkat akurasi diagnosis yang sesuai saat proses rujukan. Pelibatan sektor swasta dalam Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi menjadi penting karena 62% FKTP dan lebih dari 50% RS adalah milik sektor non pemerintah terutama di wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi. Sektor swasta dapat dilibatkan dalam penyediaan layanan kesehatan prioritas dan unggulan tertentu serta pengembangan sistem informasi rujukan, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengawasan mutu layanan.

Akreditasi saat ini menjadi salah satu instrumen yang digunakan dalam melegalisasi mutu pelayanan kesehatan. Namun sampai tahun 2022, baru 56% FKTP dan 90% RS yang terakreditasi. Selain itu, terkait keterlibatan Dinas Kesehatan dalam sistem rujukan UKM sampai saat ini belum ada standar mutu yang dipersyaratkan secara komprehensif. Padahal penjaminan mutu perlu dilakukan baik pada pelayanan UKP maupun UKM.

4.2.2. Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Dalam SKN 2012, perkembangan dan urgensi adanya subsistem terkait penelitian dan pengembangan kesehatan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

Meskipun perkembangan penelitian dan pengembangan kesehatan telah mengalami, namun masih terdapat beberapa permasalahan antara lain:

masih rendahnya penguasaan dan penerapan teknologi kesehatan;

masih rendahnya sumbangan hasil penelitian dan pengembangan bagi pembangunan kesehatan;

masih lemahnya sinergi kebijakan pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan;

terbatasnya sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi peneliti;

*terbatasnya kemampuan adopsi dan adaptasi teknologi dan produk teknologi kesehatan;
masih lemahnya dukungan penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan
teknologi dan produk teknologi kesehatan;*

*belum banyak pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan sebagai dasar
perumusan kebijakan dan perencanaan program dalam pengelolaan kesehatan.*

*Untuk mendapatkan dan mengisi kekosongan data kesehatan dasar dan/atau data
kesehatan yang berbasis bukti perlu diselenggarakan kegiatan penelitian dan
pengembangan kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang
dimiliki oleh bangsa Indonesia. Pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan
terbagi atas penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan,
teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan
masyarakat, dan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.
Penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan penyelenggaraannya oleh
Pemerintah.*

SKN 2012 menjelaskan secara rinci subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, mencakup pengertian, tujuan, unsur-unsur, prinsip, dan penyelenggaraan.

*Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan
pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan
yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang
berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-
tingginya.*

*Tujuan dari penyelenggaraan subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah
terselenggaranya kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan
produk teknologi kesehatan, yang ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan,
teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi (TI) kesehatan untuk mendukung
pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang
setinggi-tingginya.*

*Unsur-unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur-unsur
area penelitian, pengembangan, dan penapisan: a. biomedis dan teknologi dasar
kesehatan; b. teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik; c. teknologi intervensi
kesehatan masyarakat; dan d. humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan
masyarakat.*

*Prinsip-prinsip subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari: a. terpadu,
berkesinambungan, dan paripurna; b. akurat dan akuntabel; c. persetujuan setelah
penjelasan; d. bekerja dalam tim secara cepat dan tepat; e. norma agama; f. kebenaran
ilmiah; dan g. perlindungan terhadap subjek penelitian dan etik.*

*Penelitian, pengembangan, penapisan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi,
dan informasi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak atas Kekayaan
Intelektual (HKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat, diselenggarakan untuk
mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan
akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi, dan memulihkan kesehatan
setelah sakit serta menganalisis dan memformulasikan berbagai permasalahan yang*

terjadi dalam pengelolaan kesehatan. Untuk penelitian penyakit infeksi yang muncul baru atau berulang (new emerging atau re-emerging diseases) yang dapat menyebabkan kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (public health emergency of international concern/PHEIC) harus dipertimbangkan kemanfaatan (benefit sharing) dan penelusuran ulang asal muasalnya (tracking system) demi untuk kepentingan nasional. Pemerintah memfasilitasi dan memberikan insentif (dapat berupa pembebasan pajak, pembelian hasil produksi, dan/atau bantuan teknis lainnya) bagi fasilitas pelayanan kesehatan, perguruan tinggi, atau industri dalam melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan guna memacu perkembangan SKN.

Subsistem ini dalam SKN 2012 menjelaskan mengenai penyelenggaraan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi termasuk penguasaan riset kesehatan. Setelah tahun 2012, tatanan penelitian dan pengembangan banyak mengalami perubahan dan penyesuaian antara lain dengan munculnya UU Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Iptek (Sisnas Iptek), Rencana Induk Pengembangan Industri Nasional (RIPIN), dan Perpres mengenai penataan kelembagaan riset dengan dibentuknya Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Salah satu implikasi Perpres tentang BRIN adalah meleburnya lembaga dan unit riset (penelitian dan pengembangan) kementerian menjadi di bawah fungsi BRIN.

Perkembangan inovasi di bidang kesehatan berjalan dengan cepat tidak hanya bidang riset yang diatur dalam SKN 2012 seperti biomedis, teknologi terapan, epidemiologi klinis, humaniora dan kebijakan. Dengan berbagai kemajuan riset saat ini, kolaborasi dan kerjasama riset antarbidang sangat memengaruhi teknologi kesehatan seperti riset bidang informasi, kecerdasan buatan, teknologi material, kimia dan biokimia, elektronik dan instrumentasi, dan penelitian bidang sosial lainnya.

Dengan demikian, ruang lingkup penelitian dan pengembangan tidak lagi eksklusif sebagai bidang kesehatan tetapi berkembang pada bidang lain. Munculnya berbagai lembaga riset di seluruh penjuru dunia dan masifnya kolaborasi riset antarlembaga dan negara menyebabkan kita tidak bisa lagi hanya mengandalkan kemampuan riset *in-house*, tetapi lebih pada memperkuat jaringan riset global. Dalam hal ini selain kemampuan melakukan riset yang lengkap dari hulu ke hilir, mulai dari riset dasar sampai dengan terapan, saat ini sistem kesehatan dituntut untuk mampu berkontribusi dan mengadopsi hasil riset pada seluruh tahapan riset. Dengan demikian, kapasitas riset dan pengembangan *in-house* hanya merupakan salah satu *tools* atau cara untuk memanfaatkan Iptek bagi pembangunan kesehatan dan bukan merupakan tujuan akhir dari pembangunan itu sendiri.

4.2.3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

SKN 2012 mengatur subsistem pembiayaan kesehatan dengan tujuan “tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang memadai teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, sangat penting dalam pembangunan kesehatan” dan menekankan prinsip pembiayaan kesehatan (kecukupan, efektif dan efisien, dan adil dan transparan) (Pemerintah Indonesia, 2009).

Pada literatur dan regulasi saat ini, terdapat beberapa versi tentang fungsi pembiayaan kesehatan, seperti disebutkan dalam UU No. 36 tahun 2009, Perpres No. 72 tahun 2012, UU No. 1 tahun 2022, serta *Health Financing Revisited* Bank Dunia dan WHO (2006, 2010). Namun, semua rujukan tersebut belum mencakup langkah-langkah generik kegiatan pembiayaan; seperti tidak menyebutkan tahapan mengidentifikasi pelayanan apa yang perlu dibiayai secara komprehensif. Kemudian, mayoritas rujukan tersebut tidak menyinggung mengenai proses penyusunan anggaran berbasis kinerja, kecuali UU No. 1 tahun 2022.

Dalam SKN 2012, fungsi sumber-sumber pembiayaan diuraikan sebagai berikut:

112. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri.

113. Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

114. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (public good) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.

115. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan 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.

Narasi di atas menetapkan tentang sumber biaya kesehatan, norma pembiayaan kesehatan (adekuat, terintegrasi, stabil dan berkesinambungan) dan cara pembiayaan upaya kesehatan yang bersifat UKM dan UKP. Namun proses penetapan pelayanan apa saja yang akan dibiayai tidak disebutkan dalam SKN 2012. Kejelasan penetapan pelayanan apa saja yang akan dibiayai adalah esensial dalam logika pembiayaan apapun. Demikian juga ketentuan bahwa pembiayaan harus berbasis kinerja – sebagaimana diatur dalam UU No.1 tahun 2022 – tidak disebutkan dalam SKN 2012, padahal prinsip anggaran berbasis kinerja (*Performance based financing*) sudah menjadi

norma pembiayaan sejak lama (Kementerian Dalam Negeri, 2006; Pemerintah Indonesia, 2004, 2022). Sementara dalam UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, subfungsi pembiayaan ditetapkan sebagai berikut:

Pasal 170

- (1) *Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.*
- (2) *Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan.*
- (3) *Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.*

Pasal 171

- (1) *Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.*
- (2) *Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.*
- (3) *Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah.*

Seperti halnya SKN 2012, UU No. 36 tahun 2009 juga menetapkan norma pembiayaan kesehatan, fungsi-fungsi pembiayaan (sumber, alokasi dan pemanfaatan), serta cara pembiayaan UKM dan UKP. Namun ketentuan tentang pelayanan apa saja yang perlu dibiayai juga tidak disebutkan secara spesifik. Di sisi lain, pada UU No. 36 tahun 2009 ditetapkan 24 program kesehatan yang perlu diselenggarakan untuk meningkatkan kesehatan penduduk. Demikian juga keharusan menyusun anggaran berbasis kinerja *performance-based budget* dan norma *value for money* tidak spesifik disebutkan.

Hal penting yang juga ditetapkan dalam UU No. 36 tahun 2009 adalah ketentuan tentang *mandatory spending*, yaitu ketetapan bahwa minimal 5% APBN diluar gaji dan minimal 10% APBD diluar gaji dialokasikan untuk kesehatan. Selain itu, ditetapkan juga bahwa 2/3 dari alokasi tersebut harus dipergunakan untuk pelayanan publik yaitu pelayanan promotif dan preventif, kecuali untuk penduduk miskin jumlah yang 2/3 tersebut dapat dipergunakan untuk pelayanan pengobatan (Pemerintah Indonesia, 2009). Ketentuan *mandatory spending* pada satu sisi akan memberikan kepastian komitmen pemerintah

pusat dan daerah untuk membiayai kesehatan. Namun di sisi lain, jika *mandatory spending* tersebut berdasarkan persentase terhadap APBN dan APBD maka akan terjadi fluktuasi (naik dan turun) anggaran kesehatan mengikuti fluktuasi besar APBN dan APBD. Padahal secara empiris belanja kesehatan terus meningkat dari waktu ke waktu. Masalah lain pada *mandatory spending* adalah disparitas alokasi anggaran kesehatan antardaerah, karena seperti diketahui, total APBD di 514 kabupaten/kota sangat bervariasi. Bisa terjadi alokasi kesehatan di daerah miskin akan sangat kecil, padahal daerah miskin seharusnya memerlukan anggaran kesehatan lebih besar.

Dalam UU Kesehatan terbaru saat ini tidak terdapat *mandatory spending* untuk anggaran kesehatan. Hal ini berimplikasi pada tidak adanya jaminan anggaran kesehatan minimal 5% APBN diluar gaji dan minimal 10% APBD diluar gaji yang berarti anggaran kesehatan bisa saja kurang dari 5% APBN dan 10% APBD. Potensi kenaikan anggaran lebih besar pada sektor kesehatan dapat mewujudkan efektivitas dan efisiensi dalam mencapai target-target yang ditetapkan. Kemampuan politik anggaran yang kuat di sektor kesehatan juga diperlukan untuk memastikan anggaran kesehatan dapat terpenuhi sesuai kebutuhan.

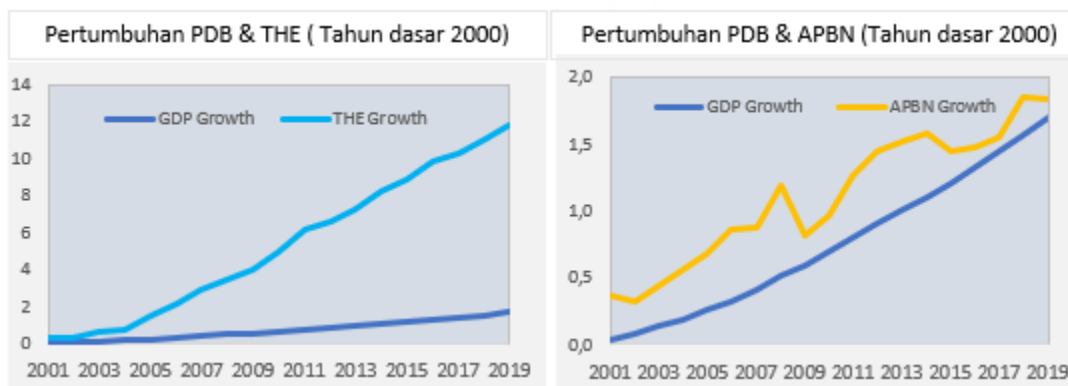
Selanjutnya menurut Bank Dunia dan *World Health Report 2000* menjelaskan bahwa ada tiga fungsi dalam pembiayaan kesehatan yaitu (1) penggalian dana (*revenue collection*), (2) pengumpulan dana (*pooling*), dan (3) belanja (*purchasing*). Namun demikian, tidak semua pembiayaan kesehatan melalui fungsi tersebut.

Tabel 4.6. Perbandingan Pembiayaan Kesehatan Beberapa Negara (2020)

Negara	THE/Capita \$ (PPP)	PHE/Capita \$ (PPP)	THE/GDP (%)	PHE/THE (%)
Indonesia	415	228	3.4	55
Malaysia	1,123	592	4.1	53
Singapura	5,828	3,054	6.1	52
Negara berpenghasilan menengah ke atas	1,159	699	7.4	58
Denmark	6,351	5,389	10.5	85
USA	11,702	6,643	18.8	57

THE = *Total Health Expenditure*/Pembiayaan Kesehatan Total
PHE = *Public Health Expenditure*/Pembiayaan Kesehatan Publik

Pembiayaan kesehatan di Indonesia saat ini termasuk yang paling rendah di dunia. Indonesia masih rendah dalam membelanjakan pengeluaran kesehatan per kapita maupun proporsi terhadap Produk Domestik Bruto (PDB). Kondisi ini memerlukan adanya penggalan sumber-sumber pendanaan kesehatan baru di Indonesia. Penggalan dana saat ini bersumber dari pemerintah (termasuk sumber pembiayaan luar negeri), asuransi sosial, *out of pocket*, dan instansi swasta. Dari laporan *National Health Account* (NHA) tahun 2021, proporsi sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah 64% skema publik (Kemkes, KL lain, Pemda, dan askes sosial) dan 36% skema non publik (*out of pocket*, swasta, askes swasta, dan LNPRT). Pembiayaan kesehatan total di Indonesia terus mengalami peningkatan dari Rp 28 T (2000) menjadi Rp 549 T (2019) (Kementerian Kesehatan RI, 2021).



Gambar 4.3. Perbandingan Pertumbuhan PDB, APBN, dan THE

Sementara itu, pertumbuhan pembiayaan kesehatan lebih tinggi dari pertumbuhan GDP dan APBN. Ke depan, pembiayaan kesehatan akan terus meningkat dan jika komposisi pembiayaan kesehatan masih seperti sekarang maka beban anggaran pemerintah untuk kesehatan akan meningkat dan tidak berkelanjutan.

Dalam bisnis dan program-program pembangunan, ada langkah-langkah sistematis dan logis yang selalu dilakukan dalam penyusunan anggaran (*logical sequence of financing*). Urutan logis fungsi pembiayaan kesehatan tersebut terdiri dari enam langkah generik subsistem pembiayaan kesehatan. Enam langkah atau fungsi pembiayaan tersebut disarankan untuk dimasukkan dalam revisi SKN yang akan datang, yaitu:

1. Menentukan apa yang akan dibiayai
2. Menghitung kebutuhan biaya
3. Menentukan sumber pembiayaan
4. Menyusun anggaran
5. Melaksanakan (eksekusi) anggaran

6. Mengevaluasi pembiayaan

A. Fungsi-1: Penentuan Apa yang Harus Dibiayai

Subfungsi pembiayaan kesehatan dalam SKN didahului dengan menetapkan apa upaya dan program kesehatan yang perlu dibiayai. Menentukan apa yang akan dibiayai adalah langkah paling awal dalam fungsi pembiayaan kesehatan (*the very first step in financing*).

UU No. 36 tahun 2009 menetapkan 24 jenis upaya kesehatan yang perlu dilakukan untuk membangun kesehatan penduduk. Dari teori “sifat komoditas ekonomi” dan *public financing policy*, 24 jenis upaya kesehatan dalam UU No.36 tahun 2009 merupakan upaya yang tidak homogen sehingga perlu dibedakan upaya kesehatan yang merupakan barang publik (*public goods*) dan mana yang merupakan barang privat (*private goods*) serta upaya kesehatan mana yang merupakan barang merit (*merit goods* atau *semi-public goods*).

UKM tergolong sebagai *public goods* karena (i) biaya marginalnya rendah atau nol, (ii) *non-excludable* atau tidak bisa mencegah orang menggunakannya, (iii) *non-rivalry* atau orang tidak berebut mendapatkannya dan (iv) mempunyai eksternalitas yang tinggi (manfaat bagi orang banyak). Dengan sifat ekonomi demikian, mekanisme tarif tidak bisa diberlakukan karena setiap orang bisa mendapatkannya secara bebas dan tidak mau untuk membayar. Konsekuensinya, pihak swasta tidak mau ikut dalam pengadaan UKM. Oleh sebab itu, pemerintah perlu hadir membiayai UKM karena sifat eksternalitasnya yang tinggi.

Sementara UKP tergolong sebagai *private goods* karena (i) terdapat *marginal cost*, (ii) *excludable* dalam arti orang yang tidak membayar tidak bisa mengkosumsi UKP tersebut, (iii) ada *rivalry* karena harus antri untuk mendapatnya semasa jam buka pelayanan dan (iv) eksternalitas positifnya rendah atau tidak ada sama sekali. Oleh sebab itu, mekanisme tarif bisa diberlakukan dan swasta akan tertarik karena bisa memberlakukan tarif kepada konsumen UKP.

Bank Dunia membedakan upaya/pelayanan kesehatan menjadi (i) *clinical services* dan (ii) *public health services* (World Bank, 1993). Disebutkan 7 jenis pelayanan klinik dan 5 pelayanan kesehatan masyarakat. Bank Dunia menyarankan agar negara berkembang menyediakan USD 12,-, yaitu USD 7,- untuk pelayanan klinik dan USD 5,- untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Sejalan dengan itu, SKN 2012 membedakan upaya kesehatan menjadi (i) UKM dan (ii) UKP. Perbedaan antara UKM dan UKP sudah banyak dan sering dibahas.

Pertama, ada pendapat yang keliru yang mengatakan bahwa pelayanan promotif, preventif dan skrining massal adalah UKM, sedangkan pelayanan skrining perorangan, pengobatan dan rehabilitasi adalah UKP. Lima jenjang pelayanan mulai dari (i) promotif, (ii) preventif, (iii) diagnosis dini (skrining), (iv) pengobatan dan (v) rehabilitasi adalah pelayanan komprehensif yang dikemukakan oleh Leavell & Clark (1965). Kelima jenjang pelayanan tersebut harus diselenggarakan secara komprehensif dalam mengatasi suatu masalah kesehatan. Leavell & Clark (1965) menyatakan pelayanan tersebut tidak boleh parsial dan *fragmented*, misalnya untuk mengatasi TB atau DM tidak boleh hanya pelayanan promotif saja atau kuratif saja yang dilakukan. Pelayanan yang mencakup lima jenjang pelayanan tersebut disebut pelayanan kesehatan komprehensif (*comprehensive health services*).

Kedua, perbedaan mendasar antara UKM dan UKP dapat juga dilihat dalam pendekatannya. UKM dilaksanakan dengan (i) menggerakkan mesin sosial dan (ii) menggerakkan mesin birokrasi. Sementara UKP dilaksanakan dengan (i) menggerakkan institusi pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tersier) dan (ii) menggerakkan institusi rumah tangga/keluarga. Jadi imunisasi bisa tergolong UKM jika diselenggarakan di tengah masyarakat dengan menggerakkan Camat, Kepala Desa, rukun tetangga (RT), rukun warga (RW) dan menggerakkan kader posyandu atau institusi kemasyarakatan lainnya. Tetapi imunisasi bisa tergolong UKP kalau dilaksanakan untuk individu di fasilitas kesehatan atau kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Perbedaan mana imunisasi yang bersifat UKM dan mana yang bersifat UKP sangat penting dalam menata cara pembiayaannya. Imunisasi sebagai UKM dibiayai oleh pemerintah, sedangkan imunisasi yang tergolong UKP bisa dibiayai dari OOP atau asuransi.

Ketiga, faktor yang membedakan UKM dan UKP adalah tentang sistem rujukan. Dalam SKN 2012 ditetapkan bahwa UKP dan UKM bisa dibagi dalam tiga jenjang yaitu (i) primer, (ii) sekunder dan (iii) tersier. Dalam peraturan tersebut juga diatur bahwa UKP primer dilaksanakan oleh tenaga non-spesialistik. UKP sekunder dilakukan oleh tenaga spesialis dan UKP tersier dilakukan oleh tenaga subspecialis. Jadi rujukan UKP didasarkan pada jenjang kompetensi medis penyedia layanan UKP.

Akan tetapi, jenjang kompetensi medis tidak bisa diterapkan dalam menata sistem rujukan UKM karena kesehatan masyarakat menyangkut kelompok penduduk dalam suatu wilayah. Oleh karena itu, rujukan UKM didasarkan pada otoritas kewilayahan. Dengan demikian yang disebut sebagai UKM primer adalah UKM yang dilaksanakan oleh unit kesehatan yang memiliki otoritas dalam wilayah kecamatan (Puskesmas). UKM sekunder dilaksanakan oleh dinas kesehatan yang memiliki otoritas wilayah kesehatan

kab/kota (lintas kecamatan). Kemudian UKM tersier dilaksanakan oleh Dinkes provinsi yang memiliki otoritas kesehatan dalam wilayah provinsi (lintas kabupaten/kota).

b) Dasar rujukan UKP dan UKM

Dalam mengatasi masalah kesehatan, UKM dan UKP selalu diperlukan secara beriringan karena tidak satupun masalah kesehatan bisa diatasi dengan UKM saja atau dengan UKP saja. Artinya, pada tataran upaya kesehatan, upaya yang dilakukan tidak boleh parsial. Oleh karena itu, tidak boleh ada dikotomi antara UKM dan UKP, walaupun sifat ekonomi cara pembiayaan kedua jenis upaya tersebut berbeda.

Uraian di atas mengemukakan bahwa upaya kesehatan yang perlu dilakukan adalah UKM dan UKP. Program/pelayanan UKM antara lain:

- (1) lima UKM esensial yang dilakukan oleh Puskesmas (KIA/KB, Gizi, kesehatan lingkungan, promosi kesehatan, dan pengendalian penyakit);
- (2) pelayanan UKM dalam 12 pelayanan dasar yang dicakup dalam SPM;
- (3) program UKM untuk pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan yang tidak termasuk dalam SPM; dan
- (4) program promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan yang dilakukan pada jenjang dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan kementerian kesehatan

Pelayanan yang termasuk UKP adalah pelayanan pengobatan yang diselenggarakan di FKTP merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinik Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer dan layanan rujukan ke Rumah Sakit.

UKM dan UKP perlu dibiayai secara mencukupi. Selama ini sebagian besar anggaran kesehatan terpakai untuk UKP. Selama lima tahun (2013 – 2018) belanja kesehatan pemerintah untuk UKM berjumlah sekitar 32 triliun. Dalam periode yang sama subsidi pemerintah untuk iuran JKN penduduk miskin (PBI) mencapai sekitar 200 triliun. Upaya untuk meningkatkan anggaran UKM secara sistematis dilakukan sejak tahun 2010, yaitu dengan kebijakan menyediakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) langsung ke Puskesmas. Besar dana BOK pada tahun 2010 adalah Rp 385 milyar – yang kemudian naik secara bertahap. Pada tahun 2022 jumlahnya mencapai Rp 7,9 triliun dan pada tahun 2022 naik menjadi Rp 8,2 triliun. Jumlah tersebut jauh dari cukup. Bandingkan dengan alokasi APBN sebesar Rp 46,7 triliun untuk subsidi premi JKN bagi penduduk miskin (UKP). Pada tahun 2022 Pusjak PDK melakukan perhitungan kebutuhan minimal untuk BOK dan menunjukkan kebutuhan sebesar Rp 30 triliun.

Kebutuhan pembiayaan pada tahun 2024 untuk SDM kesehatan, obat, vaksin, BMHP, sosialisasi, advokasi, bimtek, dan biaya operasional untuk 7 program utama (KIA-kespro, imunisasi, gizi, HIV/AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tidak menular) diperkirakan mencapai Rp. 106,1 T, sedangkan kebutuhan untuk seluruh program pada tahun 2024 adalah Rp. 121,7 T (Ali et al., 2020). Kebutuhan pembiayaan kesehatan diproyeksikan akan meningkat, dengan SDM kesehatan, obat, dan BMHP menjadi komponen dengan kebutuhan pembiayaan tertinggi.

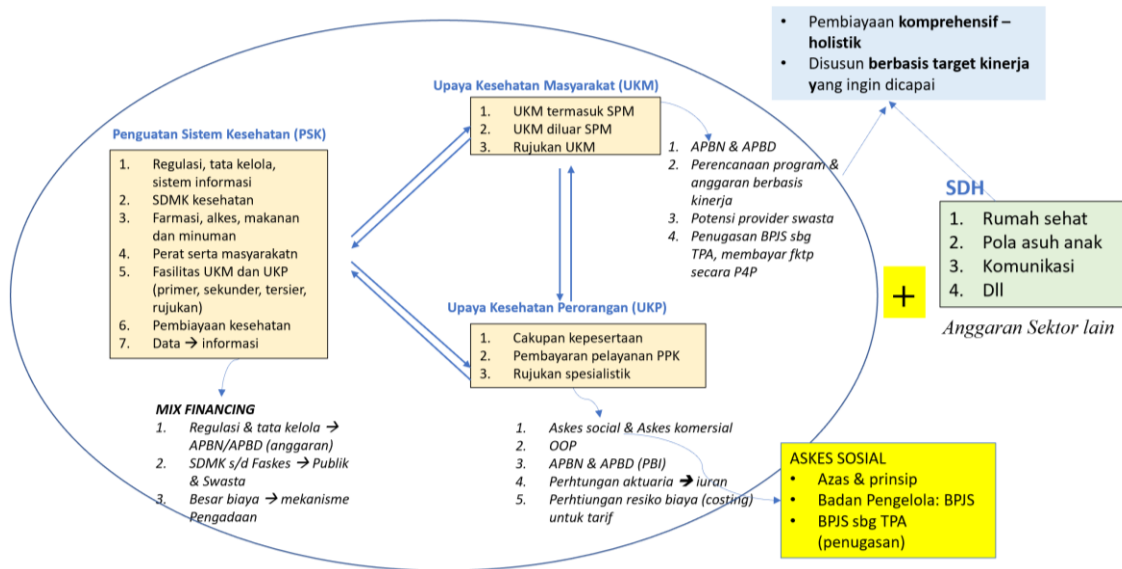
c) Pembiayaan penguatan sistem kesehatan untuk mendukung UKM & UKP

Menurut WHO (2007), selama beberapa dekade terakhir banyak kebijakan dan petunjuk teknis/pedoman disusun untuk mengatasi berbagai penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular contohnya adalah “*roll back malaria*” untuk pemberantasan malaria, “*integrated tuberculosis program*” untuk penanganan penyakit tuberkulosis, *Integrated Management of Child Illness* (IMCI) untuk pelayanan kesehatan balita, pedoman KIA, Gizi, dan sebagainya. Semua pedoman-pedoman tersebut diadopsi di Indonesia. Namun hasilnya masih jauh dari memuaskan. Sehubungan dengan hal tersebut, Margaret Chan – Direktur WHO, mengeluarkan pernyataan (2007) sebagai berikut:

"For the first time, public health has commitment, resources, and powerful interventions. What is missing is this. The power of these interventions is not matched by the power of health systems to deliver them to those in greatest need, on an adequate scale, in time. This lack of capacity arises ... in part, from the fact that research on health systems has been so badly neglected and underfunded." (Dr Margaret Chan, Director-General, WHO. 29 October 2007)

Menindaklanjuti pernyataan tersebut, WHO meluncurkan *World Health Report 2010: The Six Health System Building Blocks*, yang menguraikan secara rinci bagaimana penguatan sistem kesehatan dilakukan. Dalam konteks Indonesia, UKM dan UKP seperti diuraikan dimuka tidak akan berhasil baik kalau tidak didukung dengan sistem kesehatan yang kuat. Maka dalam perspektif pembiayaan, isunya bukan hanya kecukupan untuk UKM dan UKP, tetapi juga kecukupan anggaran untuk penguatan sistem kesehatan.

Kesimpulan dari uraian di atas adalah perlunya dalam SKN disebutkan bahwa langkah awal dalam fungsi pembiayaan adalah menetapkan tiga area utama dalam SKN yang perlu dibiayai, yaitu pembiayaan untuk UKM, UKP, dan penguatan sistem kesehatan (PSK). Pembiayaan pada tiga area tersebut disebut pembiayaan kesehatan komprehensif. Selain itu, dalam diagram tersebut juga disampaikan intervensi lain selain UKM dan UKP, yaitu intervensi yang dilakukan terhadap determinan sosial kesehatan. Pendanaan untuk intervensi determinan sosial tersebut bersumber dari sektor terkait dan dari masyarakat dan disebut sebagai pembiayaan kesehatan yang holistik.



Gambar 4.4. Bagan Lingkup Pembiayaan Kesehatan

B. Fungsi-2: Estimasi Biaya

Pendekatan yang selama ini dilakukan untuk menentukan besar kebutuhan anggaran kesehatan adalah (i) sesuai dengan anggaran yang tersedia (*budget based*), (ii) berdasarkan belanja tahun-tahun sebelumnya (*historical based*), dan (iii) berdasarkan target kinerja yang akan dicapai dimasa yang akan datang (*performance based*). Contoh pendekatan “*budget-based*” misalnya adalah menetapkan persentase tertentu dari APBN dan APBD untuk kesehatan. Kelebihan dan kelemahan cara ini sudah disampaikan di muka. Praktik *historical-based budgeting* sering dilakukan, biasanya dengan menambah “x%” dari anggaran tahun sebelumnya, dengan asumsi penyesuaian dengan inflasi.

Dalam UU No. 1 tahun 2022 ditetapkan bahwa anggaran harus melalui proses penyusunan program dan target yang akan dicapai.

Pasal 140

Belanja Daerah disusun dengan menggunakan pendekatan:

- a. kerangka pengeluaran jangka menengah Daerah;*
- b. penganggaran terpadu; dan*
- c. penganggaran berbasis kinerja.*

Pasal 142

- (1) Alokasi anggaran untuk setiap perangkat Daerah ditentukan berdasarkan target kinerja pelayanan publik tiap-tiap Urusan Pemerintahan.*

- (2) Alokasi anggaran untuk setiap perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dilakukan berdasarkan pertimbangan pemerataan antarperangkat Daerah atau berdasarkan alokasi anggaran pada tahun anggaran sebelumnya.

Oleh sebab itu, dalam SKN perlu disebutkan bahwa penyusunan kebutuhan anggaran upaya kesehatan dilakukan dengan proses “perencanaan program dan anggaran berbasis kinerja”. Pengaturan teknis penyusunan anggaran berbasis kinerja tersebut dilakukan, harus ditetapkan dalam sebuah pedoman teknis. Anggaran berbasis kinerja adalah anggaran yang didasarkan pada hal-hal sebagai berikut:

- (a) Target upaya/program/pelayanan yang akan dicapai pada tahun mendatang
- (b) Kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target tersebut, berpedoman pada panduan standar masing-masing program
- (c) Mencukupi anggaran untuk kegiatan langsung (tidak dominan untuk kegiatan tidak langsung seperti training, studi banding, pertemuan-pertemuan, dan lain-lain)
- (d) Mencukupi anggaran untuk belanja operasional (tidak dominan untuk belanja barang modal)

Walaupun dalam UU tersebut dinyatakan bahwa alokasi didasarkan pada kinerja, tetapi pengaturan tadi lebih bersifat pada akuntabilitas pengalokasian, yaitu bagaimana mekanisme pengalokasian tersebut di atas tidak menjamin pemenuhan kebutuhan anggaran untuk mencapai kinerja. Dalam konteks Indonesia, sumber daya akan selalu lebih kecil dari kebutuhan. Dalam alokasi anggaran selalu terjadi kompetisi prioritas penganggaran, sehingga tidak ada jaminan bahwa penetapan kinerja akan menjamin tersedianya alokasi anggaran. Dalam hal ini SKN perlu menekankan pentingnya penerapan *public financial management* yaitu bagaimana meningkatkan *allocative efficiency* dan *technical efficiency*, di samping terus berupaya menggali sumber-sumber pembiayaan baru.

C. Fungsi-3: Sumber Pembiayaan Kesehatan

Dalam pasal 112 SKN 2012 disebutkan lima sumber pembiayaan kesehatan; yaitu pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat dan masyarakat itu sendiri. Narasi sumber pembiayaan seperti disebutkan di atas masih relevan untuk SKN. Namun perlu diperjelas sumber pembiayaan untuk UKM, untuk UKP dan untuk Penguatan Sistem Kesehatan (PSK). Sifat UKM, UKP dan PSK berbeda dan sumber pembiayaannya pun berbeda.

Sumber pembiayaan untuk UKM – seperti telah disampaikan di muka – adalah dari pemerintah (dari pajak), yaitu APBN dan APBD. Mekanisme tarif dan asuransi sulit diterapkan untuk pembiayaan UKM.

Sumber pembiayaan untuk UKP dapat diperoleh dari (i) Pembayaran langsung oleh pasien kepada penyedia layanan kesehatan – yang disebut juga sebagai OOP (*out of pocket payment*), (ii) Asuransi sosial seperti JKN dan (iii) Asuransi komersial.

Khusus untuk penduduk miskin, pemerintah harus memberikan perlindungan finansial untuk UKP; yaitu dalam bentuk subsidi premi (iuran). Dalam sistem JKN sekarang penduduk miskin yang mendapat subsidi tersebut disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI), Dana untuk subsidi premi tersebut bisa dari APBN dan dari APBD.

Pelaksanaan asuransi kesehatan sosial disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur dalam UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). JKN bersifat wajib, nirlaba dan menerapkan azas ekuitas dan keadilan. Penduduk diperbolehkan ikut dalam asuransi komersial, tetapi tetap harus menjadi peserta JKN.

Untuk masalah kesehatan akibat bencana dan wabah sumbernya adalah dari pemerintah (APBN dan APBD). Umumnya penyakit akibat bencana dan wabah memerlukan intervensi UKP dan UKM Penyakit akibat wabah dan bencana mempunyai karakteristik khusus, yaitu tak terduga (*unpredictable*), menyebar secara cepat (khusus untuk wabah), menyebabkan dampak sosial ekonomi yang besar dan luas termasuk dampak memiskinkan (*impoverishment*). Dengan sifat-sifat demikian, maka pembiayaan untuk mengatasi masalah kesehatan akibat bencana dan wabah ditanggung oleh pemerintah

Berikutnya adalah sumber pembiayaan untuk penguatan sistem kesehatan yaitu pembiayaan untuk masing-masing subsistem, dimana pembiayaan bisa dari berbagai sumber (*mix-financing*). Dari 7 subsistem, subsistem Tata Kelola murni dibiayai dari sumber pemerintah. Subsistem lain bisa dibiayai dari berbagai sumber – yaitu pemerintah, swasta (korporasi), dan masyarakat. Sumber-sumber pembiayaan ini adalah sumber pembiayaan konvensional yang selama ini sudah dimanfaatkan. Perlu ada inovasi pembiayaan ke depan, misalnya sumber pembiayaan subsistem tata kelola dapat dibiayai oleh swasta melalui sistem *contracting out* yang regulasinya sudah ada tapi belum menjadi praktik yang dilakukan di sektor kesehatan.

Subsistem tata kelola terdiri dari (i) penyusunan peraturan perundangan sampai pada penyusunan NSPK atau petunjuk teknis, (ii) penyusunan rencana termasuk RPJP, RPJMN, Renstra Kementerian, RPJMD dan renstra Dinas Kesehatan, (iii) penyusunan organisasi kesehatan pemerintah dan (iv) dana operasional tata kelola system kesehatan. Ini termasuk misalnya anggaran untuk menjamin efektivitas, mutu dan keamanan pelayanan kesehatan, termasuk kegiatan pengawasan obat dan makanan, mutu air bersih dan kesehatan lingkungan.

Untuk subsistem lainnya, bisa dilakukan berbagai bentuk mobilisasi dana swasta/korporasi. Contoh model mobilisasi sumber swasta adalah :

- (i) investasi fasilitas kesehatan (RS, klinik dan laboratorium),
- (ii) Kerja sama operasional (KSO),
- (iii) *Build operate and transfer (BTO)*.
- (iv) Pemerintah bisa memberikan berbagai macam insentif kepada pihak swasta, termasuk misalnya "*tax exemption*" untuk impor alat medis, kemudahan administratif untuk mendapatkan lahan dan perizinan, memberikan jatah penempatan spesialis untuk RS Swasta yang mau beroperasi ditempat terpencil, dan lain-lain.

Dari masyarakat mobilisasi dana dapat berupa pelaksanaan berbagai kegiatan UKBM seperti Posyandu, kelompok jantung sehat, dan sebagainya.

Selain sumber pembiayaan di atas, terdapat 2 sumber pembiayaan yang sering luput yaitu pembiayaan kesehatan dari komunitas/ kelompok masyarakat dan pembiayaan kesehatan dari rumah tangga yang digolongkan oleh WHO sebagai 2 dari 7 sumber pembiayaan kesehatan. Pembiayaan dari masyarakat dan rumah tangga sangat berpotensi untuk membantu pembiayaan kesehatan, syaratnya adalah adanya upaya sistematis untuk menggerakkan masyarakat (peran serta masyarakat). Pembiayaan ini dapat berupa pengeluaran yang *tangible (cost)* ataupun kegiatan langsung (*un-costed*) seperti upaya pencegahan/ promosi bahkan kuratif dan rehabilitatif. Oleh karena itu, perlu ada upaya yang sistematis untuk terus menggerakkan dan meningkatkan peran serta masyarakat dimana masyarakat dapat memproduksi kesehatannya sendiri.

a) Alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan

UU No. 36 tahun 2009 menetapkan bahwa alokasi untuk kesehatan minimal 5% dari APBN di luar gaji dan 10% dari APBD di luar gaji. Ketentuan alokasi sebesar persentase APBN dan APBD bisa menyebabkan alokasi tersebut berfluktuasi mengikuti naik-turunnya APBN dan APBD. Padahal pengalaman empiris dimana-mana menunjukkan tren belanja kesehatan terus naik dari waktu ke waktu. Kemudian ketentuan alokasi sebesar persentase APBD menyebabkan disparitas anggaran kesehatan antara daerah. Daerah miskin pasti mengalokasikan anggaran kesehatan dalam jumlah kecil. Padahal daerah miskin umumnya mempunyai banyak masalah kesehatan.

Penetapan alokasi APBN dan APBD secara *fix* (harus dilaksanakan) – yang disebut juga sebagai "*mandatory spending*" akan menjamin adanya komitmen pemerintah untuk membiayai kesehatan. Tetapi seperti diuraikan di atas, komitmen tersebut tidak menjamin kecukupan anggaran dan pemerataan anggaran kesehatan sesuai kebutuhan daerah.

Untuk menjamin komitmen pemerintah mengalokasi anggaran untuk kesehatan, bisa juga dengan cara menetapkan “*mandatory services*” (urusan dan pelayanan kesehatan wajib), bukan “*mandatory spending*” Untuk daerah misalnya, UU No. 23 tahun 2014 telah menetapkan 4 urusan wajib yang menjadi kewenangan dan tanggung jawab daerah – yaitu (i) pelayanan kesehatan dan perizinan pelayanan kesehatan, (ii) pengelolaan SDM kesehatan, (iii) pengawasan obat, makanan dan minuman dan (iv) pemberdayaan/peran serta masyarakat. Permasalahan utama pembiayaan kesehatan daerah saat ini adalah keterbatasan kemampuan pemerintah daerah dalam membiayai kebutuhan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan dasar. Hal yang sama perlu dilakukan untuk pemerintah pusat, yaitu menetapkan urusan wajib dan pelayanan dasar yang menjadi tanggung jawab pemerintah pusat.

D. Fungsi-4: Menyusun Anggaran Berbasis Kinerja

Penyusunan anggaran berbasis kinerja ditetapkan dalam UU No. 1 tahun 2022. Intinya adalah anggaran kesehatan harus didasarkan pada target yang akan dicapai (*target-based budgeting*). Tidak sebaliknya dimana target program ditentukan atas dasar d yang tersedia (*budget-based targeting*). UU No. 1 tahun 2022 juga melarang penentuan besar anggaran didasarkan pada belanja tahun-tahun sebelumnya (*historical budgeting*). Dalam literatur manajemen keuangan disebutkan bahwa ciri anggaran berbasis kinerja termasuk (i) target program jelas dan terukur, (ii) kegiatan yang harus dilakukan untuk mencapai target tersebut sesuai dengan pedoman standar program bersangkutan, (iii) dilakukan estimasi biaya untuk setiap kegiatan, (iv) disediakan cukup dana untuk kegiatan langsung dan (v) disediakan cukup dana untuk belanja operasional.

Kemampuan untuk menyusun anggaran berbasis kinerja ini perlu dikembangkan di setiap unit kerja pemerintah pusat dan daerah yang tupoksinya ternasuk melakukan perencanaan program dan anggaran. Di daerah, kemampuan perencanaan program dan anggaran berbasis kinerja tersebut perlu dikembangkan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

E. Fungsi-5: Pelaksanaan/Eksekusi dan Monitoring Anggaran

Pelaksanaan anggaran harus menjamin efektivitas anggaran tersebut (*value for money*). Itu bisa dicapai kalau realisasi anggaran tersebut tepat waktu dan sesuai peruntukan. Untuk memantau pelaksanaan anggaran, setiap institusi kesehatan perlu menyampaikan laporan realisasi (penyerapan) anggaran secara berkala (bulanan, triwulan dan tahunan) melalui sistem informasi pembiayaan kesehatan.

Pelaksanaan anggaran untuk UKM dilakukan oleh unit kerja pemerintah yang bertanggung jawab untuk melaksanakan UKM, termasuk unit-unit kesehatan di pusat Dinas Kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Puskesmas.

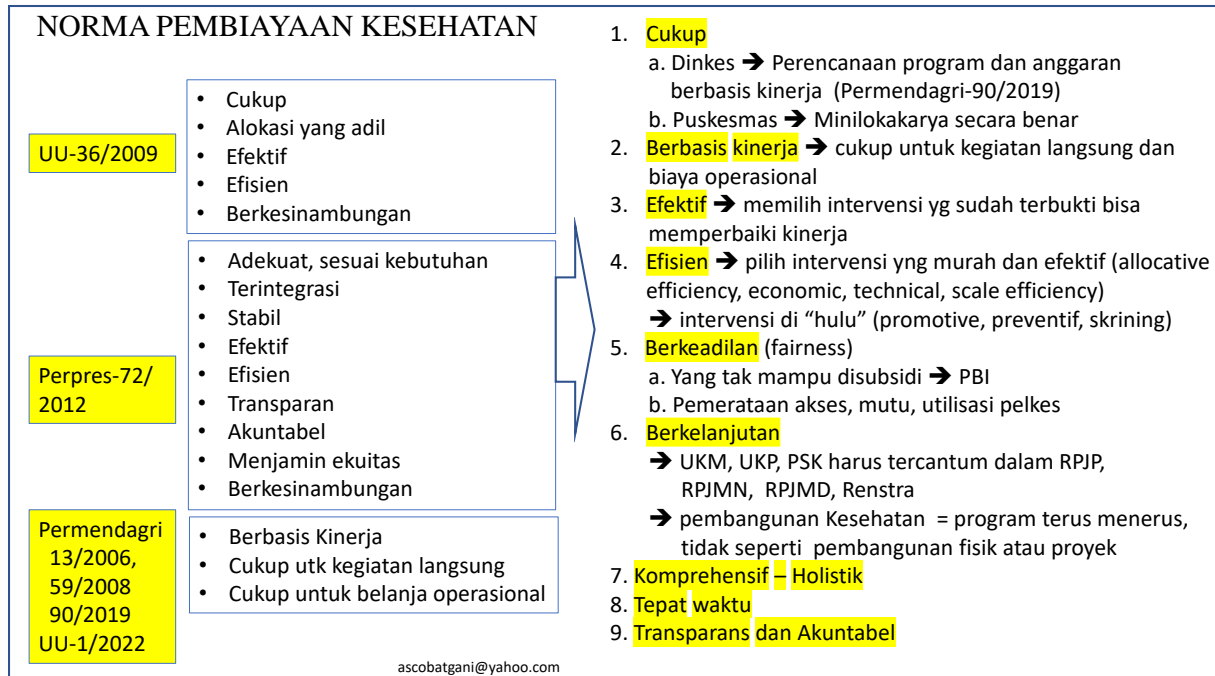
Pelaksanaan anggaran UKM bisa juga dilakukan oleh pihak ketiga atau “*Third Party Payer*” (TPA). Misalnya BPJS Kesehatan diberi tugas untuk mengelola dana imunisasi dan skrining yang berasal dari alokas APBN. Dalam hal ini BPJS Kesehatan membayar pelaksana imunisasi dan skrining tersebut secara “*pay for performance*” (P4P). Untuk dapat melakukan fungsi tersebut, maka BPJS perlu diberi mandat (legal) untuk berfungsi sebagai TPA.

Pelaksanaan anggaran untuk UKP adalah melakukan “*pooling*” iuran JKN oleh BPJS Kesehatan. Kemudian BPJS membayar penyedia pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas dan klinik swasta dengan cara pembayaran kapitasi dan klaim (untuk pelayanan tertentu). Juga BPJS Kesehatan membayar RS dengan cara klaim dengan perhitungan tarif *Case Based Group*.

F. Fungsi-6: Evaluasi Pembiayaan Kesehatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah pembiayaan kesehatan yang berjalan sudah memenuhi norma-norma pembiayaan serta apakah dana yang digunakan sudah memenuhi kebutuhan atau tidak. Secara rutin monitoring dilakukan dengan menilai laporan realisasi anggaran. Sedangkan untuk evaluasi, kegiatan penilaian akun kesehatan (*health account*) harus secara reguler dilakukan setiap tahun sehingga dapat mengevaluasi sejauh mana pembiayaan kesehatan sudah mendekati norma-norma pembiayaan yang berlaku. Adapun norma-norma pembiayaan kesehatan yang ada adalah: (1) Cukup; (2) Berbasis kinerja; (3) Efektif; (4) Efisien; (5) Berkeadilan; (6) Berkelanjutan; (7) Komprehensif; (8) Tepat waktu; dan (9) Transparan dan akuntabel.

Norma-norma tersebut disebutkan dalam beberapa peraturan dan perundangan seperti disampaikan dalam diagram berikut.



Gambar 4.5. Rekapitulasi Norma Pembiayaan dari Berbagai Regulasi

Norma cukup dan berbasis kinerja saling berkaitan. Kecukupan anggaran kesehatan akan dicapai kalau perencanaan anggaran tersebut dilakukan dengan melaksanakan prinsip dan proses anggaran berbasis kinerja. Proses tersebut dimulai dengan menetapkan tujuan atau target yang akan dicapai, menentukan kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut (biasanya berpedoman pada standar kegiatan dalam suatu program), melakukan perhitungan biaya untuk setiap kegiatan. Hasil akhirnya adalah biaya yang diperlukan untuk mencapai target/tujuan tersebut di atas. Proses penyusunan anggaran berbasis kinerja tersebut diasumsikan akan mencukupi anggaran yang diperlukan.

Norma efektif adalah menjamin bahwa anggaran yang dikeluarkan akan menghasilkan tujuan yang akan dicapai. Artinya, anggaran dipergunakan untuk membiayai intervensi yang secara teroretis dan empiris sudah terbukti efektif. Contohnya, pembagian kelambu ber-permetrin terbukti efektif mencegah malaria, imunisasi efektif mencegah PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi), MTBS efektif untuk mengatasi penyakit-penyakit pada balita dan pengobatan radikal selama 6 bulan efektif mengobati tuberkulosis. Sebetulnya, pedoman program sudah disusun oleh WHO, UNICEF, badan-badan internasional lainnya dan juga oleh para peneiti Indonesia, yang disusun atas dasar kajian efektifitas program atau pelayanan kesehatan.

Norma efisien berkaitan dengan pemilihan intervensi yang murah tetapi tetap efektif. Di klinik, penggunaan obat generik adalah efisien dibandingkan dengan penggunaan obat bermerk. Pengobatan penyakit pada fase dini (awal) lebih efisien dari pada pengobatan pada fase lanjut; sehingga skrining penyakit adalah suatu upaya untuk meningkatkan efisiensi.

Norma berkeadilan (fairness) adalah pembayaran pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kemampuan membayar, dan bukan sesuai dengan besar risiko finansial atau biaya pelayanan kesehatan yang dipergunakan. Bagi penduduk miskin, yang dianggap tidak mempunyai kemampuan membayar, maka pemerintah memberikan subsidi premi/iuran. Norma berkeadilan ini sudah diterapkan dalam penyelenggaraan JKN.

Norma berkelanjutan bisa dilihat dari tiga perspektif. Pertama, anggaran kesehatan berkelanjutan berarti mencukupi untuk kebutuhan program kesehatan yang bersifat “*multi years*” Contohnya adalah pembiayaan untuk program AIDS, TB, Malaria (ATM). Kedua, anggaran kesehatan berkelanjutan berarti mencukupi kebutuhan program kesehatan multi-generasi. Contohnya adalah anggaran kesehatan untuk balita tahun sekarang, tahun depan tetap dibutuhkan karena akan ada kohort balita yang baru (yang sebelumnya adalah bayi). Ketiga anggaran kesehatan berkelanjutan berarti ketersediaan dana untuk pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier (*continuum of care*).

Norma komprehensif berarti anggaran kesehatan mencukupi kebutuhan anggaran untuk UKM, UKP dan PSK (Penguatan Sistem Kesehatan). Dalam pelaksanaan DHA (*District Health Account*) di banyak kabupaten/kota, ditemukan bahwa anggaran untuk UKM sangat tidak mencukupi. Sebagian besar belanja kesehatan dipergunakan untuk pengobatan (UKP).

Norma tepat waktu adalah ketersediaan anggaran kesehatan pada saat diperlukan. Ini berarti realisasi anggaran kesehatan harus mengikuti jadwal pelaksanaan program dan pelayanan kesehatan, misalnya jadwal imunisasi, ANC, dan lain-lain.

Norma transparan dan akuntabel adalah keterbukaan dalam hal perhitungan kebutuhan anggaran dan laporan realisasi anggaran, sesuai dengan ketentuan yang berlaku – misalnya termasuk tentang SBM (satuan biaya masukan).

4.2.4. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

SDM kesehatan merupakan aspek esensial yang menjadi penyedia pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, SDM kesehatan harus diatur dalam suatu proses sistem kesehatan yang dinamis. Sebagai suatu proses sistem, subsistem ini memiliki proses internal sistem yang harus berkesinambungan. Dalam SKN 2012 ditetapkan sebagai berikut:

116. Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.

117. Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya, diantaranya termasuk peneliti kesehatan.

118. SKN memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

Pengaturan SDM kesehatan harus mencakup standar jumlah, jenis, dan kualitas serta pendistribusiannya yang merata. SDM kesehatan sendiri terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Sedangkan upaya kesehatan yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan individu rumah, pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat, termasuk relawan kesehatan dan pekerja komunitas.

Dalam SKN 2012 sudah diatur empat fungsi pelaksanaan subsistem SDM kesehatan sebagai berikut:

A. Perencanaan kebutuhan SDM

Dalam SKN 2012 diatur bahwa perencanaan kebutuhan SDM kesehatan harus memperhatikan kebutuhan SDM kesehatan yang diutamakan pada setiap jenjang upaya kesehatan. Perencanaan kebutuhan dilakukan berdasarkan jenis, jumlah, dan kualifikasi dengan memperhatikan tujuan pembangunan dan kecenderungan masalah

kesehatan di masa depan. Perencanaan kebutuhan ini juga harus berdasarkan pada bukti ilmiah dan didukung sistem informasi SDM kesehatan.

B. Produksi SDM

Produksi SDM kesehatan dalam SKN 2012 telah ditetapkan bahwa harus dilakukan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi. Sementara lulusan pendidikan harus memiliki standar kompetensi dan standar pendidikan sesuai dengan standar internasional. Penyelenggaraan produksi SDM kesehatan juga harus mengedepankan penanaman etika profesi.

C. Pendayagunaan SDM

Dalam SKN 2012, pengaturan pendayagunaan SDM berfokus pada pendayagunaan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Dalam proses ini ditetapkan bahwa:

- Rekrutmen dan penempatan SDM kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta
- Rekrutmen tenaga penunjang (tenaga masyarakat) dilakukan untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM)
- Jenjang karir disusun oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta
- Program pendidikan berkelanjutan disusun antara pemerintah/pemerintah daerah Bersama organisasi profesi
- Pelatihan diberikan kepada SDM kesehatan secara terus menerus untuk meningkatkan kualitas SDM kesehatan melalui pelatihan yang terakreditasi oleh institusi penyelenggara yang terakreditasi.

D. Pembinaan SDM dan Pengawasan Mutu SDM

SKN 2012 mengatur bahwa pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan dilakukan melalui uji kompetensi, sertifikasi, registrasi, dan pemberian izin praktik/izin kerja tenaga kesehatan. Sementara untuk tenaga kesehatan yang telah betugas, pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem karir, penggajian, dan insentif. Sedangkan pengawasan SDM kesehatan lebih ditekankan pada pelanggaran etika/disiplin/hukum sesuai aturan yang berlaku.

Secara umum, uraian empat fungsi subsistem SDM kesehatan yang dituangkan dalam SKN 2012 sudah baik karena mengatur bagaimana subsistem ini berproses secara dinamis. Namun, masih terdapat bagian dari masing-masing subsistem yang harus dilengkapi.

E. Subsistem SDM kesehatan menurut WHO

a) Perencanaan SDM Kesehatan

Perhitungan kebutuhan SDM kesehatan harus dilakukan untuk seluruh jenis SDM kesehatan secara komprehensif yaitu tenaga penyelenggara UKP, UKM, serta tenaga penunjang manajerial sistem kesehatan. WHO dalam pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan SDM kesehatan menguraikan bahwa perencanaan SDM kesehatan juga berisi target kebutuhan SDM kesehatan pada jangka pendek dan jangka panjang termasuk mengestimasi kebutuhan dana untuk memproduksi SDM kesehatan seperti meningkatkan institusi pendidikan dan pelatihan, menurunkan ketidakmerataan SDM kesehatan, penguatan kinerja staf, dan lain sebagainya. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dilakukan dalam tiga tahap (WHO, 2010a):

- a. analisis situasi saat ini dan prioritas kesehatan yang komprehensif
- b. perhitungan kebutuhan SDM kesehatan.
- c. proyeksi kebutuhan untuk kebutuhan 5-20 tahun mendatang

Dalam perencanaan dan proyeksi kebutuhan SDM kesehatan, perhitungan perlu mempertimbangkan empat aspek berikut:

- a. perubahan strategi produksi dan perpindahan SDM kesehatan,
- b. prediksi situasi nasional di masa mendatang,
- c. perubahan kebutuhan kesehatan dan
- d. jenis pelayanan kesehatan di masa depan.

Situasi nasional yang perlu diperhatikan antara lain pertumbuhan dan perubahan demografi dan epidemiologi penduduk, kebijakan dan prioritas kesehatan, pertumbuhan ekonomi, dan kebijakan sektor non-kesehatan yang berpotensi mempengaruhi sistem kesehatan. Perubahan demografi dan epidemiologi penduduk akan mempengaruhi perubahan kebutuhan kesehatan yang berbeda pada periode sebelumnya. Misalnya, pertumbuhan jumlah lansia akan mempengaruhi kebutuhan kesehatan lansia yang tinggi di masa depan. Variabel lain yang juga perlu diperhatikan dalam penyusunan perencanaan dan proyeksi kebutuhan SDM kesehatan adalah perubahan jenis pelayanan kesehatan akibat dari perubahan teknologi, penetapan standar mutu pelayanan, efisiensi di fasilitas kesehatan, kinerja pelayanan kesehatan, permintaan

pelayanan kesehatan dan ekspektasi masyarakat, serta ketersediaan pendanaan (WHO, 2010a).

Oleh karena itu, perhitungan kebutuhan SDM kesehatan tidak cukup hanya menggunakan rasio SDM kesehatan per penduduk. Metode perhitungan ini hanya bisa diaplikasikan jika beban kerja dan kinerja SDM kesehatan homogen serta pertumbuhan penduduk konstan di seluruh wilayah. Kombinasi metode perhitungan seperti *health needs-method*, *service demands method*, dan *service targets/standard method*, lebih baik digunakan agar perkiraan kebutuhan SDM kesehatan mendekati kebutuhan sebenarnya. Perhitungan kebutuhan SDM kesehatan sebagaimana diuraikan di atas dilakukan untuk seluruh jenis fasilitas milik pemerintah maupun swasta.

b) Pengangkatan (*recruitment*) SDM Kesehatan

Dalam menilai proses pengangkatan SDM Kesehatan, WHO menjabarkan setidaknya terdapat lima indikator yang dapat dinilai yaitu jumlah, kompetensi, variasi latar belakang petugas, lokasi penempatan, serta waktu (WHO, 2006).

- a. **Jumlah:** rekrutmen SDM kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan saat ini, jumlah SDM dengan setengah menganggur, jumlah SDM yang kurang produktif, serta jumlah atrisi.
- b. **Kompetensi:** kompetensi yang dicari dalam rekrutimen tidak hanya kompetensi berdasarkan pendidikan tetapi juga kemampuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien seperti kemampuan berkomunikasi, merawat pasien, dan lain-lain.
- c. **Latar belakang:** latar belakang yang dimiliki tenaga kesehatan harus sesuai dengan posisi yang dibutuhkan.
- d. **Lokasi:** lokasi penempatan harus sesuai dengan situasi bahasa dan sosial budaya penduduk yang akan dilayani.
- e. **Waktu pengangkatan:** pengangkatan SDM kesehatan harus sensitif dengan kebutuhan dan mobilitas pekerja yang cepat karena pelayanan kesehatan adalah pelayanan vital menyangkut hidup-mati manusia.

c) Pembinaan dan Peningkatan Mutu

Kinerja SDM kesehatan menurut WHO dalam *World Health Report 2006* dapat dilihat dari empat indikator yaitu ketersediaan SDM, kompetensi, *responsiveness*, dan produktivitas, seperti pada tabel di bawah ini. Kinerja SDM tersebut secara simultan dipengaruhi oleh tiga aspek utama yaitu kejelasan pekerjaan, sistem yang mendukung bekerja, serta lingkungan kerja.

Pemberian pelatihan kepada SDM kesehatan yang terintegrasi dengan antarpelayanan harus disediakan sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Pelatihan ini harus didasari pada standar pelayanan untuk masing-masing upaya/pelayanan kesehatan agar tersedia pelayanan yang terstandar. Pelatihan harus dilakukan terus menerus terutama ketika terdapat pergantian petugas karena rotasi. Dalam aspek medis, kemampuan spesialisik yang dimiliki rumah sakit semestinya dapat membina kemampuan medis petugas kesehatan di Puskesmas dan FKTP swasta. Hal ini diatur secara umum dalam PP No.18/2016 dan perlu diuraikan lebih lanjut dalam peraturan di bidang kesehatan.

Pembinaan dan peningkatan mutu tidak hanya diberikan kepada tenaga kesehatan tetapi juga kepada SDM kesehatan yang melaksanakan aspek manajerial sistem kesehatan. Seperti dinas kesehatan yang bertugas sebagai Pembina seluruh UPT di wilayah kerjanya, harus memiliki kapasitas dalam menyusun perencanaan dan pengaturan SDM kesehatan.

Tabel 4.7. Determinan yang Mempengaruhi Kinerja SDM Kesehatan

Daya Ungkit	Kinerja SDM Kesehatan
1. Job related a. Deskripsi pekerjaan yang jelas b. Norma dan <i>code of conduct</i> c. Keterampilan yang sesuai d. Supervisi	1) Ketersediaan a. Rasio staf b. Rasio absen petugas c. Waktu tunggu 2) Kompetensi a. Praktik peresepan obat b. Rasio readmisi c. Kelahiran hidup d. Penularan penyakit 3) Responsivitas a. Kepuasan pasien b. Penilaian responsivitas dari kebutuhan pasien 4) Produktivitas a. BOR b. Utilisasi rawat jalan c. Jumlah pelayanan per petugas per fasilitas
2. Sistem pendukung a. Remunerasi b. Komunikasi dan informasi c. Infrastruktur	
3. Lingkungan kerja a. Budaya <i>lifelong learning</i> b. Manajemen tim c. Akuntabilitas dan pertanggung jawaban	

Supervisi di setiap jenjang juga harus dilakukan untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan klinis dan kesehatan masyarakat. Supervisi yang baik dilakukan dengan adanya audit dan *feedback* yang rutin sehingga dapat meningkatkan kinerja dari berbagai

SDM kesehatan, mulai dari penyedia pelayanan kesehatan ke manajer. Dalam rangka desentralisasi, supervisi pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang dari kepala institusi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan kementerian kesehatan. Oleh karena itu, kapasitas supervisor, terutama dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi harus diperkuat agar menjamin kinerja pelayanan yang optimal sesuai dengan fungsi yang dilimpahkan dan/atau ditugaskan.

Insentif dan remunerasi SDM kesehatan harus tersedia dengan memadai sesuai dengan kinerja yang diberikan. Insentif khusus harus dirumuskan untuk bisa meningkatkan motivasi *provider* dalam menyediakan pelayanan kesehatan terutama di wilayah terpencil. Namun insentif yang dialokasikan seharusnya diberikan kepada seluruh SDM kesehatan yang berkontribusi dalam menyediakan seluruh pelayanan esensial bukan hanya petugas pada pelayanan kesehatan tertentu. Jika insentif diberikan hanya pada petugas pelayanan tertentu, maka SDM kesehatan hanya akan fokus memberikan pelayanan yang mudah mendapatkan bonus. Begitu pula jika insentif hanya diberikan kepada jenis tenaga tertentu maka akan terjadi konflik antarpetugas.

d) Kesejahteraan, Perlindungan, dan Purna Tugas

Di berbagai daerah, SDM kesehatan sering kali mengalami risiko kekerasan, kecelakaan, serta kesakitan atau kematian akibat penyakit pasien. Hal ini salah satu alasan petugas meninggalkan tempat kerjanya. Pandemi Covid-19 memberikan petunjuk bahwa tenaga kesehatan di Indonesia memiliki beban kerja yang sangat berat, baik di tingkat puskesmas maupun rumah sakit. Penyediaan lingkungan kerja yang aman harus diutamakan di setiap fasilitas kesehatan untuk seluruh SDM kesehatan, termasuk petugas kebersihan dan *laundry*. Penilaian tingkat risiko, manajemen risiko, manajemen limbah medis, serta penyediaan alat pelindung diri (APD) harus dilakukan secara rutin. Selain lingkungan kerja yang aman, SDM kesehatan juga harus dibekali dengan jaminan sosial pekerja yang memadai berupa kepesertaan asuransi kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan serta kesejahteraan keluarga.

Purna tugas SDM kesehatan harus direncanakan dengan sebaik-baiknya. Sebelum seseorang purna tugas, dinas kesehatan dan kementerian kesehatan sudah menyiapkan petugas pengganti sehingga tidak terjadi kekosongan petugas. Dengan profil penduduk Indonesia yang menua (*aging population*) maka kemungkinan angka pensiun SDM kesehatan juga akan meningkat. Hal ini harus menjadi pertimbangan dalam perhitungan perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dan harus segera ditentukan strategi pemenuhannya.

Di sisi lain, SDM kesehatan yang pensiun sering kali adalah sumber daya yang berkualitas dan sudah memiliki banyak pengalaman dalam memberikan pelayanan. Petugas senior sering kali lebih dipercaya oleh masyarakat karena dinilai memahami kebutuhan masyarakat dan memiliki strategi pendekatan spesifik. Pengetahuan, pengalaman, dan kemampuan yang dimiliki oleh para pensiun dapat disalurkan ke SDM kesehatan yang masih aktif dengan adanya program pelatihan khusus yang terencana seperti program *mentorship*. Program ini dapat disusun oleh dinas kesehatan di daerah untuk membantu meningkatkan cakupan pemberian pelayanan kepada masyarakat di wilayah terpencil.

F. Peluang dan Tantangan Penyelenggaraan SDM Kesehatan

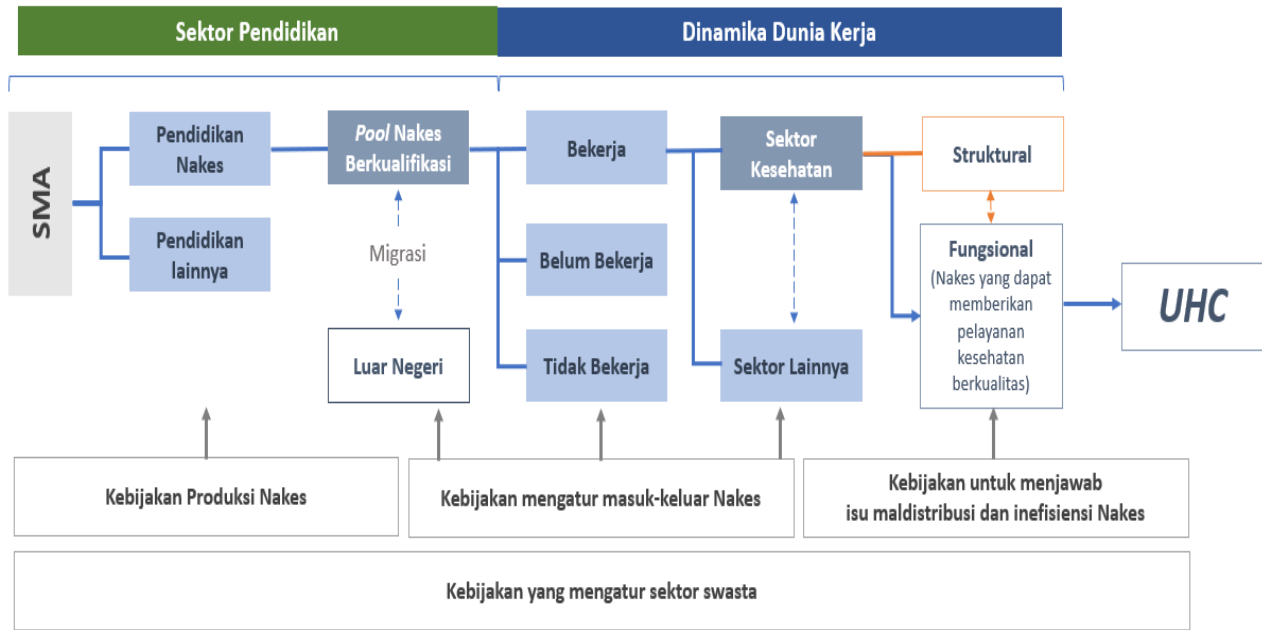
a) Desentralisasi Pengaturan SDM Kesehatan

Sebagaimana diatur dalam UU No.23/2014, perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dilakukan di seluruh jenjang pemerintahan, pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan tidak hanya dilakukan untuk jangka pendek tetapi juga proyeksi jangka panjang. Pemahaman mengenai konteks demografi, epidemiologi, dan kebutuhan pelayanan kesehatan harus dimiliki oleh perencana SDM kesehatan agar perhitungan kebutuhan SDM tidak hanya berdasarkan rasio penduduk dan standar pelayanan saja tetapi berdasarkan beban kerja yang akan dikerjakan. Perhitungan kebutuhan SDM kesehatan juga tidak hanya untuk fasilitas kesehatan milik pemerintah tetapi juga milik swasta. Maka, penyusunan dokumen ini harus dilakukan oleh petugas yang kompeten melakukannya yang ada di setiap institusi pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan.

Pengangkatan SDM kesehatan selama ini, terutama di Puskesmas, sangat bergantung pada formasi pemerintah melalui seleksi Calon Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Calon Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). Hal ini berimplikasi pada kekosongan tenaga pelaksana UKM yang sudah kronis di banyak puskesmas sehingga kinerja pelayanan dan penyerapan anggaran tidak bisa tercapai.

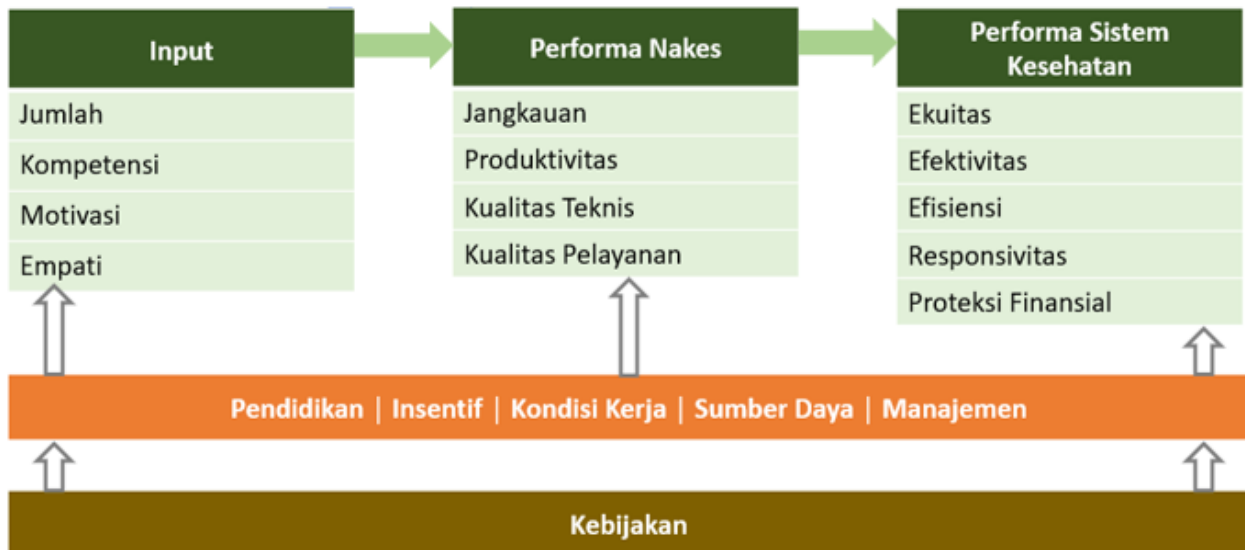
b) Status Kepegawaian SDM Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah

Sesuai peraturan UU No. 5/2014, petugas yang bekerja di fasilitas kesehatan milik pemerintah, khususnya Puskesmas, hanya ada Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah Perjanjian Kontrak (PPPK). Sementara secara empiris, petugas yang bekerja di Puskesmas dan memberikan pelayanan kesehatan bisa berstatus pegawai honor, pegawai sukarela, dan lain-lain. Namun karena merujuk pada UU No.5 tahun 2014, penerima insentif hanya bisa diberikan kepada petugas berstatus PNS dan PPPK sehingga terjadi diskriminasi penerimaan insentif.



Gambar 4.6. Dinamika Produksi dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan
Sumber: Sousa, et al (2013)

Upaya pemerataan tenaga kesehatan bergantung pada kapasitas produksi tenaga kesehatan, serapan lulusan program studi kesehatan yang bekerja di sektor pelayanan kesehatan publik dan swasta, serta kebijakan pemerintah dalam pendayagunaan tenaga kesehatan.



Gambar 4.7. Keterkaitan Kualitas Tenaga Kesehatan dan Kinerja Sistem Kesehatan
Sumber: WHO (2010)

Di samping pemerataan, kualitas termasuk di dalamnya empati dan responsivitas tenaga kesehatan juga harus dipenuhi. Dalam hal ini, sistem pendidikan, insentif, kondisi kerja, dan pengelolaan tenaga kesehatan menjadi faktor yang mempengaruhi kompetensi, motivasi, dan empati tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan harus dapat menjamin pemenuhan tenaga kesehatan berkualitas secara merata, termasuk interaksi dengan sistem pendidikan untuk menjamin produksi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dan sistem aparatur untuk menjamin pendayagunaan tenaga kesehatan yang tepat sasaran.

4.2.5. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, Dan Makanan

Subsistem farmasi, alat kesehatan dan makanan (farmalkes dan makanan) adalah salah satu elemen (*building blocks*) esensial dalam sistem kesehatan. Dalam SKN 2012, subsisten farmalkes-makanan diuraikan sebagai berikut:

119. Subsistem ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

Terdapat sebelas kata kunci (*keywords*) dalam rumusan di atas. Subsistem farmalkes dan makanan adalah serangkaian kegiatan untuk menjamin sebelas hal, yaitu: (1) Keamanan; (2) Khasiat dan mutu; (3) Ketersediaan; (4) Pemerataan; (5) Keterjangkauan; (6) Obat esensial; (7) Perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah; (8) Perlindungan masyarakat dari penyalahgunaan; (9) Penggunaan yang rasional; (10) Kemandirian kefarmasian; dan (11) Pemanfaatan sumberdaya dalam negeri.

Namun demikian, uraian di atas tidak menjelaskan secara spesifik kegiatan apa yang dilakukan untuk menjamin sebelas “*output*” tersebut. Uraian sebuah sistem seharusnya menjelaskan proses yang terjadi dalam masing-masing elemen sistem (komponen atau subsistem) dan bagaimana proses tersebut berinteraksi dengan subsistem lain; yang hasil akhirnya sesuai dengan rumusan tujuan (*output dan outcome*) sistem tersebut.

Subsistem ini masih sangat statis seperti hanya disebutkan beberapa poin yang terkait seperti “inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas”. Farmasi, alat kesehatan, dan makanan merupakan subsistem dengan rangkaian yang kompleks—tidak hanya menyangkut akses dan kualitas, tetapi juga pada aspek produksi dan pengawasan.

Transformasi SKN harus mampu menjabarkan subsistem farmasi, alat kesehatan dan makanan dalam satu rangkaian yang berkelanjutan, mulai dari penyediaan lingkungan

yang suportif terhadap penemuan atau inovasi, pendaftaran, peredaran, pengawasan kualitas, harga dan kompetisi, hingga akses masyarakat terhadap obat-obatan, alat kesehatan dan makanan. Hal ini juga menyangkut wewenang, peran kelembagaan, dan tanggung jawab yang diemban oleh sektor lain selain Kemenkes.

A. Subsistem Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Sediaan Farmalkes) menurut WHO

Dalam rumusan WHO (2000) “*Health System Functions*” dan WHO (2010) “*Health System building blocks*”, disampaikan subsistem farmalkes dan makanan yang lebih dinamis. Dalam pedoman WHO, disebutkan bahwa tujuan subsistem farmalkes adalah menjamin: (1) pemerataan akses obat esensial, vaksin dan teknologi kesehatan, (2) mutu, keamanan, *efficacy* dan “*cost-effectiveness*”, dan (3) bukti ilmiah (*scientifically sound*) dan penggunaan yang *cost effective*. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, ada lima hal yang perlu dilakukan, seharusnya diuraikan dalam narasi subsistem farmasi, yaitu:

- (1) Adanya kebijakan nasional, berupa regulasi tentang farmalkes, penetapan standar dan juknis,
- (2) Ketersediaan informasi mengenai harga, status dalam *international trade agreements*, dan kapasitas untuk negosiasi dan menentukan harga
- (3) GMP (*Good Manufacturing Practice*), dan *assessment* mutu produk farmasi prioritas
- (4) Sistem (a) pengadaan, (b) *supply*, (c) *storage*, (d) distribusi dan (e) minimalisasi *leakage* and limbah lain;
- (5) Penggunaan yang rasional berupa perumusan pedoman dan strategi untuk menjamin kepatuhan, mencegah resistensi, keamanan pasien dan melakukan pelatihan tentang penggunaan rasional tersebut.

Khusus tentang obat esensial, disebutkan tiga hal yang perlu terselenggara dalam subsistem farmasi, yaitu sebagai berikut:

- (1) Memenuhi kebutuhan penduduk sesuai prioritas kesehatan
- (2) Harus tersedia setiap saat, dalam jumlah yang cukup, dalam dosis yang sesuai, mutu terjamin, dan harga terjangkau oleh individu dan masyarakat
- (3) Menjamin akses, yaitu tersedianya obat secara berkelanjutan, terjangkau di seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta serta toko obat, dan dapat dijangkau dengan cepat.

Perspektif lain untuk menjelaskan subsistem farmasi adalah melaksanakan tata kelola logistik kesehatan, yang lazimnya terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Perencanaan kebutuhan farmalkes
- (2) Pengadaan
- (3) Penyimpanan
- (4) Pendistribusian
- (5) Pemanfaatan farmalkes dalam pelayanan kesehatan

B. Empat Proses dan Norma Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Farmasi (obat) dan alat kesehatan sebagai elemen dari SKN melalui 4 fase dengan proses dan norma yang berbeda; yaitu (1) fase inovasi, (2) fase produksi, (3) fase pemasaran (*marketing*) dan (4) fase integrasi ke dalam pelayanan kesehatan.

a) Fase Inovasi

Titik awal pengadaan teknologi farmasi dan alat kesehatan adalah mencari obat, vaksin, dan alat yang bermanfaat untuk kesehatan. Proses dan norma yang berlaku dalam fase inovasi adalah pembuktian ilmiah (*scientific inquiry*) untuk menjamin *efficacy*, efektivitas, dan keamanan dari obat yang ditemukan. Sistem kesehatan perlu menegakkan norma ilmiah tersebut. Kemandirian negara melakukan menemukan inovasi bahan baku maupun sediaan farmalkes baru ini harus bisa dilakukan agar pelayanan kesehatan lebih mudah diakses dan merata di seluruh elemen masyarakat.

b) Fase Produksi

Ada dua jenis produksi yang dilakukan, yaitu produksi bahan baku dan produksi obat jadi. Dari sisi produsen, norma yang berlaku dominan adalah norma bisnis, yaitu *return on investment*, *minimize cost* dan *maximize revenue*. Namun demi keselamatan masyarakat, maka dalam proses produksi tersebut harus diterapkan *Good Manufacturing Practice* (GMP) atau Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB). Sistem Kesehatan harus melakukan pengawasan untuk menjamin penerapan CPOB dalam proses produksi oleh industri farmasi dan alat kesehatan. Khusus untuk sediaan farmasi yang sangat esensial untuk kesehatan masyarakat, seperti obat esensial dan vaksin, pemerintah harus memproduksi sediaan farmasi tersebut meskipun dari perspektif bisnis, obat tersebut tidak “menguntungkan”.

c) Fase Pemasaran (*marketing*)

Posisi konsumen pelayanan kesehatan (termasuk obat/alkes) sangat lemah dihadapan penyedia pelayanan – yang umumnya adalah tenaga professional medis/kesehatan . “Ketidaktahuan” konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang harus digunakan juga terjadi dalam pemasaran obat dan alat-alat kesehatan. Oleh sebab itu, dalam sistem kesehatan perlu ada fungsi untuk menelaah isi/pesan pemasaran obat atau alat kesehatan untuk melindungi masyarakat dari kegiatan pemasaran/periklanan yang

mengandung informasi tidak benar atau salah. Setiap iklan obat dan alat kesehatan perlu mendapat izin dari Pemerintah.

d) Fase Integrasi Farmasi dan Alat Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan

Ketika obat/alkes menjadi bagian dari pelayanan kesehatan, maka sifatnya berubah dari semata-mata sebagai komoditas ekonomi menjadi komoditas “kemanusiaan”. “*Reduction of human suffering*”, “*saving life*” dan “*respect to human dignity*” adalah norma-norma esensial dalam pelayanan kesehatan termasuk norma dalam penggunaan sediaan farmasi dan alkes di fasilitas kesehatan. Norma lain dari pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang tersedia, terjangkau, bermutu dan aman secara merata. Salah satu isu penting dalam penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan dalam pelayanan kesehatan adalah penggunaan yang rasional atau *rational drug use*. Oleh karena itu, sistem kesehatan harus menjaga dan menjamin bahwa penggunaan sediaan farmasi dan alkes dalam pelayanan kesehatan dilakukan secara rasional. Hal ini hanya bisa diterapkan jika tersedia **pedoman standar tentang penggunaan obat atau alkes** seperti standar indikasi, dosis, dan cara pemakaian untuk setiap sediaan farmasi dan alkes.

Di samping menjamin ketersediaan, mutu, keamanan, dan penggunaan yang rasional, subsistem ini juga perlu menjamin kemandirian farmasi dan alat kesehatan. Dalam kondisi tertentu seperti kedaruratan kesehatan, jaminan terhadap akses komoditas farmasi dan alat kesehatan yang tidak terputus menjadi hal yang penting. Dalam hal ini, subsistem ini perlu memastikan kemandirian farmasi dan alat kesehatan tanpa bergantung pada pasokan dari luar negeri.

Kompleksitas proses bisnis setiap komoditas farmasi dan alat kesehatan, dari ketersediaan bahan baku hingga produksi produk jadi, yang berbeda-beda dan tidak bisa disamakan menuntut adanya definisi kemandirian yang ingin dicapai, mencakup komoditas farmasi alat kesehatan apa yang menjadi prioritas dan sejauh mana produksi dalam negeri dilakukan (bahan kimia, bahan baku, produk jadi). Upaya dalam mewujudkan kemandirian perlu didukung dengan perilaku kolektif dari setiap *stakeholders* yang terlibat. Pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan yang lebih mandiri juga dapat menjadi bagian dari strategi diversifikasi ekonomi negara. Hal ini dapat memberikan kontribusi pada pertumbuhan ekonomi, menciptakan lapangan kerja, dan meningkatkan daya saing industri nasional secara keseluruhan.

4.2.6. Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Dalam beberapa dokumen WHO tentang sistem kesehatan, subsistem tata kelola disebut sebagai “*governance*”. Elemen penting dalam “*governance*” tersebut adalah “*stewardship*”. Dalam kata “*stewardship*” terkandung dua makna penting dalam pengelolaan setiap jenis sistem, termasuk sistem kesehatan. *Pertama*, sistem harus mempunyai tujuan yang jelas dan terukur. Dengan demikian semua kegiatan tujuh subsistem dalam SKN diarahkan untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam bagian awal *review* ini sudah disampaikan delapan elemen tujuan sistem kesehatan, berikut indikator pencapaian tujuan tersebut. *Kedua*, “*stewardship*” juga berarti kepemimpinan (*leadership*). Sistem kesehatan memerlukan kepemimpinan yang kuat dan efektif untuk menggerakkan semua subsistem kesehatan mencapai tujuan-tujuan sistem tersebut. Dari uraian ini dapat digaris bawahi bahwa “kejelasan tujuan” dan “kepemimpinan” adalah dua syarat utama dalam subsistem tatakelola.

Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan dalam SKN 2012 meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan.

Tujuan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsifungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari: a. kebijakan kesehatan; b. administrasi kesehatan; c. hukum kesehatan; d. informasi kesehatan; dan e. sumber daya manajemen kesehatan.

A. Manajemen

Secara keseluruhan uraian subsistem tata kelola dalam SKN 2012 sudah cukup lengkap. Berikut ini berapa hal baru yang perlu dipertimbangkan dalam rumusan subsistem tatakelola tersebut, yaitu:

- (i) penyusunan kebijakan yang terdiri dari regulasi dan perencanaan,
- (ii) tata kelola berorientasi tujuan (*objective oriented management*),
- (iii) proses administrasi/manajemen dalam konteks desentralisasi,
- (iv) tata kelola intervensi pelayanan kesehatan
- (v) SKN dan Sistem Kesehatan Daerah
- (vi) restrukturisasi dan tata kelola desentralisasi kesehatan
- (vii) tata kelola hubungan antarsubsistem dan hubungan dengan sistem lain

a) Penyusunan kebijakan

Dalam tata kelola urusan pemerintah, kebijakan pembangunan dirumuskan dalam dua dokumen utama, yaitu (i) peraturan perundangan dan (ii) dokumen perencanaan.

Fungsi subsistem tata kelola dalam SKN adalah (i) “mengawal” penyusunan peraturan perundangan kesehatan agar disusun melalui proses yang ditetapkan dalam UU No. 13 tahun 2022 tersebut, mulai dari penyusunan UU di bidang kesehatan sampai penjabarannya dalam NSPK, (ii) mengawal sinkronisasi dan harmonisasi antara berbagai peraturan perundangan dalam sektor kesehatan ; dan (iii) sinkronisasi dan harmonisasi peraturan perundangan sektor kesehatan dengan peraturan sektor lain yang berkaitan. Subsistem tatakelola SKN juga mengawal sinkronisasi peraturan perundangan kesehatan tingkat nasional dengan tingkat provinsi dan daerah.

Dokumen kebijakan yang kedua adalah rencana jangka panjang (RPJPN), jangka menengah (RPJMN dan Renstra) dan rencana kerja tahunan (RKP). Subsistem tatakelola SKN juga berfungsi mengawal penyusunan rencana kesehatan tersebut agar konsisten dengan tujuan SKN, yaitu 4 tujuan pada tataran *output* dan 4 tujuan pada tataran *output* (peningkatan derajat kesehatan dan pemerataan, responsif, perlindungan finansial, efisien, akses, cakupan, mutu dan keamanan).

b) Tata Kelola Berorientasi Tujuan (*Objective Oriented Administration*)

Dalam reformulasi SKN, perlu dirumuskan tujuan SKN yang jelas secara konseptual (definisi yang jelas) dan secara operasional (ada indikator yang terukur). Rumusan tujuan tersebut harus menjadi acuan dalam setiap unsur subsistem tatakelola. Dimuka sudah disampaikan bahwa salah satu fungsi tata kelola adalah mengawal kebijakan (peraturan perundangan rencana kesehatan) agar tetap konsisten tertuju pada pencapaian tujuan SKN. Subsistem tatakelola juga harus mengawal pengembangan dan kegiatan setiap subsistem lain – yaitu SDM, farmasi/alkes. peran serta, pembiayaan dan upaya kesehatan – diarahkan dan difokuskan pada pencapaian tujuan SKN.

c) Administrasi Kesehatan dan Desentralisasi

Kalau peraturan perundangan kesehatan adalah kebijakan dasar pembangunan kesehatan dan oleh karenanya juga merupakan *landasan dasar SKN*, maka rencana kesehatan (RPJP, RPJMN, Renstra kesehatan) adalah *landasan operasional SKN*. Landasan dasar dan landasan operasional tersebut dilaksanakan dalam proses administrasi kesehatan.

Di Indonesia, administrasi kesehatan tersebut secara nasional mengikuti tata kelola urusan pemerintah dalam suatu system desentralisasi. Ada lima catatan penting dalam

pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Kelima catatan berikut sangat menentukan efektifitas sistem desentralisasi kesehatan yaitu: (lihat *review* tentang desentralisasi yang disampaikan dalam sesi terpisah)

- (i) adanya *desentralisasi kewenangan* kepada daerah untuk melaksanakan urusan konkuren, yaitu urusan pemerintah yang dapat dibagi ke daerah.
- (ii) *desentralisasi fungsi* berisi fungsi-fungsi yang wajib diselenggarakan daerah, yang juga disebut “urusan wajib” atau “mandatory functions” atau “mandatory services”
- (iii) *desentralisasi fiskal*, yaitu transfer dana dari tingkat nasional (pusat) kepada daerah
- (iv) *penguatan unit kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota* (antara lain dengan menetapkan SOTK atau Standar Organisasi dan Tata Kelola di Provinsi dan daerah).
- (v) pembagian tugas untuk melaksanakan fungsi pembinaan, pengawasan dan pengendalian (binwasdal)

d) Tata Kelola Intervensi Pelayanan Kesehatan

PP No. 18 tahun 2018 tentang perangkat daerah menetapkan RSUD dan Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan. Sebelumnya, RSUD adalah organisasi perangkat daerah (OPD) yang langsung bertanggung jawab kepada kepala daerah, sejajar dengan Dinas Kesehatan. Ketentuan PP No. 18 tahun 2018 tersebut perlu dilanjutkan dengan merumuskan hubungan formal antara Puskesmas dengan RSUD, yaitu (i) RSUD diberi kewenangan dan tugas untuk membina Puskesmas dalam aspek medis dan (ii) Puskesmas berfungsi sebagai “*gate keeper*” RSUD dalam pelayanan untuk peserta JKN. Rumusan Puskesmas sebagai binaan RSUD dan Puskesmas sebagai “*gate keeper*” RSUD perlu ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Daerah (SKD) seperti diuraikan berikut ini. Namun dalam aspek administrasi dan upaya UKM, Puskesmas ada dalam binaan Dinas Kesehatan.

Peningkatan *demand* masyarakat terhadap pelayanan kesehatan diperlukan agar konsep pelayanan kesehatan terintegrasi dapat berjalan optimal. Peningkatan *demand* memerlukan peningkatan literasi masyarakat dan pengurangan batasan sosial, budaya, finansial, dan gender terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini memerlukan pendekatan sosial yang berbeda-beda dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

e) SKN dan Sistem Kesehatan Daerah

“*Stewardship*” menjadi syarat utama untuk menjamin efektivitas SKN (WHO, 2009). Elemen “*stewardship*” ada dua, yaitu (i) kejelasan tujuan secara konseptual dan secara operasional (indikator dan terukur) dan (ii) kepemimpinan yang mengoperasikan dan mengendalikan sistem kesehatan tersebut. Kedua elemen tersebut bersifat “*local spesific*”. Misalnya masalah derajat kesehatan dan pemerataan yang berbeda-beda antardaerah (kabupaten/kota).

f) Restrukturisasi dan Tata Kelola Desentralisasi Kesehatan

Pada implementasinya, desentralisasi mempengaruhi berjalannya sistem kesehatan terutama di daerah. Namun, perkembangan desentralisasi tata kelola pemerintah tersebut belum terakomodir dalam SKN. Pengaturan implementasi desentralisasi dalam SKN 2012 masih lemah dibandingkan UU No. 32 tahun 2004 maupun UU No. 23 tahun 2014 yang mengatur mengenai desentralisasi. SKN 2012 perlu diperbaiki sesuai prinsip *structure follow function* agar selaras dengan peraturan yang berlaku saat ini. Selain itu juga pada situasi tertentu, dibutuhkan intervensi pusat ke daerah dalam desentralisasi untuk menyelesaikan masalah kronis pembangunan kesehatan dan kedaruratan kesehatan, oleh karena itu tata kelola SKN perlu memastikan skema ini dapat dilakukan.

g) Tata Kelola Hubungan Antarsubsistem dan Hubungannya dengan Sistem Lain

Antarsubsistem kesehatan sejatinya saling memiliki keterkaitan satu sama lain. Untuk mencapai luaran dan tujuan SKN, mobilisasi subsistem perlu dilakukan dengan memerhatikan interaksi antar subsistem agar penyelenggaraan SKN dapat berjalan secara efektif dan efisien dalam mencapai luaran dan tujuan dimaksud. Penyelenggaraan SKN dalam pembangunan kesehatan juga tidak terlepas dari sektor lainnya. Penyelenggaraan SKN perlu memperhatikan dinamika sosial budaya, agama, politik, ekonomi, keuangan, pendidikan, aparatur dan birokrasi, keamanan, pangan dan pertanian, lingkungan, dan infrastruktur yang mempengaruhi pembangunan kesehatan. Tanpa memperhatikan dinamika sektor lain, pembangunan kesehatan tidak akan berjalan optimal. Oleh karena itu, tata kelola SKN perlu berperan dalam mengatur hubungan antar subsistem dan hubungan dengan sistem lain.

B. Informasi Kesehatan

Pandemi Covid-19 menekankan pentingnya pembangunan dan penguatan manajemen, informasi dan regulasi kesehatan. Meski kebijakan desentralisasi memungkinkan setiap

daerah membangun SIK masing-masing, kebutuhan terhadap asupan informasi kesehatan secara cepat dan akurat memerlukan perbaikan dalam SIK yang ada saat ini.

Reformasi SKN mensyaratkan penguatan data dan sistem informasi. Kemkes dan Kementerian lain yang terkait dengan pembangunan kesehatan perlu merumuskan bangunan SIK *reliable*, sederhana, mudah dan dapat digunakan baik untuk program maupun untuk basis intervensi. SIK tersebut digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan, dimanfaatkan dalam proses perencanaan, pemantauan dan evaluasi termasuk untuk umpan balik perbaikan program, dan meningkatkan efektivitas pelaksanaan program untuk intervensi yang lebih tepat sasaran.

Meskipun setiap daerah berpotensi memiliki karakteristik data yang berbeda, sistem data dan informasi harus dibangun *interoperable* satu sama lain. Tidak hanya data dalam sistem pelayanan kesehatan publik, misalnya antara Kemkes, Dinas Kesehatan, dan fasilitas kesehatan publik, tetapi juga fasilitas kesehatan dan laboratorium swasta. Pemerintah tidak memiliki kapasitas yang adekuat untuk mendapatkan gambaran data hanya dari fasilitas laboratorium milik pemerintah sehingga kolaborasi dengan swasta, seperti yang digambarkan dalam pendekatan *pentahelix*, mutlak diperlukan.

4.2.7. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Dalam SKN 2012, subsistem pemberdayaan masyarakat diatur pada butir berikut:

123. SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

124. Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.

125. Upaya pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat akan berhasil pada hakekatnya apabila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

Poin-poin di atas mengemukakan bahwa masyarakat tidak hanya menjadi objek target pembangunan kesehatan tetapi juga subjek/pelaku pembangunan kesehatan. Subsistem ini secara spesifik ditujukan untuk meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan

aktif dalam setiap aktivitas pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat, SKN 2012 menetapkan “**penggerak pemberdayaan**” dan “**sasaran pemberdayaan**”. Penggerak pemberdayaan adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang memiliki kompetensi memadai dan membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin (formal dan non-formal). Sementara sasaran pemberdayaan adalah *social capital* di tingkat individu (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat), kelompok (organisasi masyarakat, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas.

Pada poin lain dalam SKN 2012 ditetapkan bahwa pemberdayaan diselenggarakan dalam lima aktivitas yaitu:

- a. Penggerakan masyarakat
- b. Pengorganisasian dalam pemberdayaan
- c. Advokasi
- d. Kemitraan, dan
- e. Peningkatan sumber daya

A. Konsep Partisipasi Masyarakat menurut WHO

Pada awal tahun 2000, WHO mendefinisikan bahwa pemberdayaan atau *empowerment* adalah:

*'Empowerment' refers to **the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives. It is the process by which they increase their assets and attributes and build capacities to gain access, partners, networks and/or a voice, in order to gain control** (WHO, n.d.).*

Namun kemudian konsep pemberdayaan masyarakat tersebut bergeser. Pada dokumen-dokumen WHO terbaru, WHO mendefinisikan peran serta masyarakat adalah proses yang mendorong seluruh pihak bekerja sama untuk menyelesaikan masalah Kesehatan dan mempromosikan hidup sehat untuk mencapai status kesehatan. Peran serta masyarakat adalah proses yang dinamis yang menghasilkan mobilitas sumber daya dan fasilitasi kolaborasi yang berkelanjutan untuk mencapai status kesehatan yang lebih baik. Oleh karena itu, peran serta masyarakat tidak hanya sebatas menggerakkan upaya kesehatan berbasis masyarakat oleh petugas kesehatan di lapangan tetapi juga mendorong adanya perubahan perilaku, lingkungan, kebijakan, program, dan praktik kesehatan di masyarakat sesuai dengan tingkat keterlibatan masyarakatnya (WHO, 2017a). Uraian di atas memposisikan masyarakat sebagai mitra pembangunan

pemerintah bukan hubungan atasan-bawahan antara “penggerak pemberdayaan” dan “sasaran pemberdayaan”.

WHO (1984) menyatakan jika tujuan cakupan kesehatan semesta ingin dicapai, pengerahan tenaga kesehatan saja tidak cukup karena konsensus yang ada saat ini adalah tenaga kesehatan saja tidak dapat memenuhi kebutuhan populasi. Beberapa penyebab hal tersebut adalah (Kleczkowski et al., 1984):

1. Keterbatasan akses fisik, sosial, budaya, dan finansial populasi untuk memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan.
2. Sistem institusional rigid yang menyulitkan tenaga kesehatan untuk merespon perubahan kebutuhan populasi.
3. Kurangnya peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan
4. Pendekatan kuratif pada pelayanan kesehatan yang dominan, serta interaksinya dengan upaya promotif-preventif yang masih lemah.

Sejalan dengan WHO, RPJPN 2025-2045 menekankan masyarakat sebagai produsen kesehatan, dan menjadi salah satu pelaku pembangunan dalam melaksanakan kebijakan kesehatan. Pembudayaan perilaku hidup sehat sebagai salah satu kebijakan RPJPN 2025-2045 menempatkan masyarakat sebagai produsen kesehatan bagi diri sendiri dan lingkungan sekitar. Investasi pelayanan kesehatan primer hingga tingkat desa dan kelurahan sebagai salah satu kebijakan RPJPN 2025-2045 perlu didukung dengan adanya kelembagaan kader kesehatan, dalam hal ini menempatkan masyarakat sebagai salah satu pelaku dalam pelayanan kesehatan.

B. Keterkaitan “Peran Serta Masyarakat” dan “Pemberdayaan Masyarakat”

Dalam butir-butir SKN dan rumusan WHO di atas, ada pencampur-adukan pengertian “peran serta” dan “pemberdayaan” yang secara semantik mempunyai arti dan konotasi berbeda. Pengamatan terhadap beberapa pelaksanaan peran serta di lapangan dan beberapa tulisan tentang “promosi kesehatan” merinci perbedaan kedua istilah tersebut seperti disampaikan pada tabel berikut:

Tabel 4.8. Perbedaan Peran Serta dan Pemberdayaan

Perspektif	Peran Serta	Pemberdayaan
Konotasi	Masyarakat sebagai Mitra	Masyarakat sebagai subordinat
Kendali internal	Kemandirian	Ketergantungan
Peran Masyarakat	Aktif	Pasif
Prinsip demokrasi	<i>People voice</i>	<i>Government Voice</i>
Kepemilikan	<i>Sense of belonging</i> tinggi	<i>Sense of belonging</i> rendah
Orientasi tujuan	Kurang/ tidak fokus	Fokus

Perspektif	Peran Serta	Pemberdayaan
Aspek sosial	Efektif pada masyarakat maju	Efektif pada masyarakat tradisional
Konteks budaya lokal	Sesuai nilai/tata budaya lokal	Cenderung <i>one size fit all</i>
Potensi “ <i>scaling up</i> ”	Rendah	Tinggi

Kedua pendekatan tersebut (peran serta dan pemberdayaan) diperlukan secara bersamaan dan bersifat komplementer; bukan dikotomi. Intinya dan tujuannya sama; yaitu keterlibatan masyarakat sebagai mitra pemerintah dan mitra organisasi non-pemerintah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Oleh sebab itu sebagai subsistem SKN, kedua pendekatan tersebut dilaksanakan secara bersamaan. Intensitas masing-masing pendekatan disesuaikan secara dinamis dengan konteks masyarakat setempat. Oleh sebab itu penatalaksanaan subsistem peran serta/pemberdayaan masyarakat sebaiknya didelegasikan ke tingkat kabupaten/kota, yaitu Dinas Kesehatan. Dinkes lebih dekat dengan masyarakat dan lebih mudah memahami potensi modal sosial diwilayahnya, sehingga bisa mengatur intensitas pendekatan peran serta dan pendekatan pemberdayaan dalam mobilisasi masyarakat.

Bentuk konkret peningkatan peran serta masyarakat adalah membuka ruang bagi institusi di masyarakat yaitu – (i) modal sosial seperti kelompok adat, agama; organisasi masyarakat informal (arisan, pengajian, dan lain-lain); dan (iii) badan usaha – untuk dapat (a) melakukan pengenalan masalah kesehatan yang dihadapi bersama; (b) menentukan dan melaksanakan solusi untuk memecahkan masalah tersebut; (c) memobilisasi sumber daya di tengah masyarakat untuk solusi tersebut; dan (d) membangun kerja sama dengan pemerintah dalam bentuk kemitraan yang setara. Dalam kegiatan Posyandu misalnya, masyarakat melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD) untuk mengenali dan menetapkan masalah kesehatan prioritas dan diikuti dengan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) menentukan intervensi apa yang perlu dilakukan bersama untuk mengatasi masalah tersebut.

Bentuk konkret pemberdayaan masyarakat adalah pembinaan kemampuan teknis atau bimbingan teknis dan serta memberikan sumberdaya yang diperlukan agar masyarakat mampu (berdaya) memecahkan masalah kesehatan. Pembinaan, batuan teknis dan bantuan sumber daya tersebut bisa dilakukan oleh pemerintah, korporasi swasta dan lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan lain-lain.

Ottawa Charter: Promosi kesehatan, Peran Serta dan Pemberdayaan Masyarakat

Dalam Konferensi Internasional tentang Promosi Kesehatan pada tahun 1986 di Ottawa, Kanada, dikeluarkan deklarasi yang disebut "Ottawa Charter". Isinya adalah strategi dan aksi untuk mendorong upaya kesehatan menjadi "lebih ke hulu". Ada tiga aksi/kegiatan yang perlu dilakukan dengan 5 jenis *outputs* (hasil), yaitu sebagai berikut (WHO, 1986):

Tabel 4.9. Strategi dan Tujuan Ottawa Charter

Strategi	Tujuan/Hasil
1. <i>Enable</i>	1. <i>Strengthen Community Action</i>
2. <i>Mediate</i>	2. <i>Develop Personal Skill</i>
3. <i>Advocate</i>	3. <i>Create Supportive Environment</i>
	4. <i>Reorient Health Services</i>
	5. <i>Build Healthy Public Policy</i>

- a. **Enable**, yaitu memberikan kesempatan dan sumber daya yang merata kepada semua segmen masyarakat, sehingga masyarakat mampu mewujudkan kesehatan. Ini termasuk misalnya akses pada informasi, memberikan "*life skill*" dan kesempatan menentukan pilihan bagaimana memelihara dan membangun kesehatan. Kesempatan, informasi, dan *life skill* tersebut harus diberikan secara adil kepada kaum perempuan dan laki-laki.
- b. **Mediasi**, yaitu upaya mengkoordinasikan seluruh aksi dari berbagai pihak (pemerintah, lintas sektor, komunitas, organisasi lokal, industri, serta media) untuk mencapai tujuan bersama membangun kesehatan masyarakat
- c. **Advokasi**, yaitu upaya untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak agar tercipta lingkungan sosial, ekonomi, politik, budaya, dan perilaku yang berpengaruh pada peningkatan status kesehatan. Intinya adalah membuat kebijakan dan kegiatan semua sektor dan semua pihak mempertimbangkan kesehatan (*health in all policy*).

Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam lima kegiatan sebagai berikut:

- a. Membangun kapasitas individu (*develop personal skills*)

Peningkatan kapasitas individu bertujuan untuk menjamin bahwa setiap individu dapat menjaga kondisinya sendiri. Peningkatan kapasitas dilakukan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) seperti promosi kesehatan di media massa, penyuluhan/edukasi kesehatan di kelompok masyarakat (sekolah,

tempat kerja, dan lainnya), pemberdayaan pasien dan pendamping dalam mendorong kepatuhan minum obat, dan *self-care management*.

b. Memperkuat aksi komunitas (*strengthen community action*)

Masyarakat berpartisipasi besar dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang merata mulai dari penentuan prioritas, pengambilan keputusan, rencana strategis, termasuk implementasi dan evaluasi upaya/program kesehatan. Di Indonesia, aksi ini diterapkan pada proses perencanaan di tingkat desa melalui musyawarah masyarakat desa (MMD) dan survei mawas diri (SMD). Masyarakat didorong untuk menjadi inisiator dalam penyusunan, implementasi, dan evaluasi upaya kesehatan di wilayahnya sehingga tumbuh rasa memiliki dan keinginan untuk mengendalikan upaya kesehatannya sendiri. Peran *local leader* sangat penting sebagai penggerak perubahan kesehatan.

c. Membentuk lingkungan yang suportif (*create supportive environment*)

Status kesehatan hanya dapat dicapai jika terdapat lingkungan fisik, sosial, ekonomi, politik, dan budaya yang mendukung. Misalnya lingkungan rumah yang memiliki air bersih atau banyaknya penjual makanan di pinggir jalan dapat mendorong peningkatan kasus diare. Oleh karena itu, penyehatan lingkungan (makanan, air udara, keamanan, dan lain-lain) harus digalakkan demi terwujudnya peningkatan status kesehatan yang merata.

d. Menetapkan kebijakan berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*)

Pengarusutamakan kesehatan dalam setiap aktivitas pembangunan berarti menjadikan kesehatan sebagai pusat pembangunan. Kebijakan kesehatan yang dimaksud adalah kebijakan tingkat daerah, regulasi, legislasi, kebijakan fiskal dan pajak, serta perubahan organisasi (jika diperlukan). Salah satu indikator yang dapat digunakan adalah kebijakan fiskal untuk mendanai upaya/program kesehatan.

e. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*)

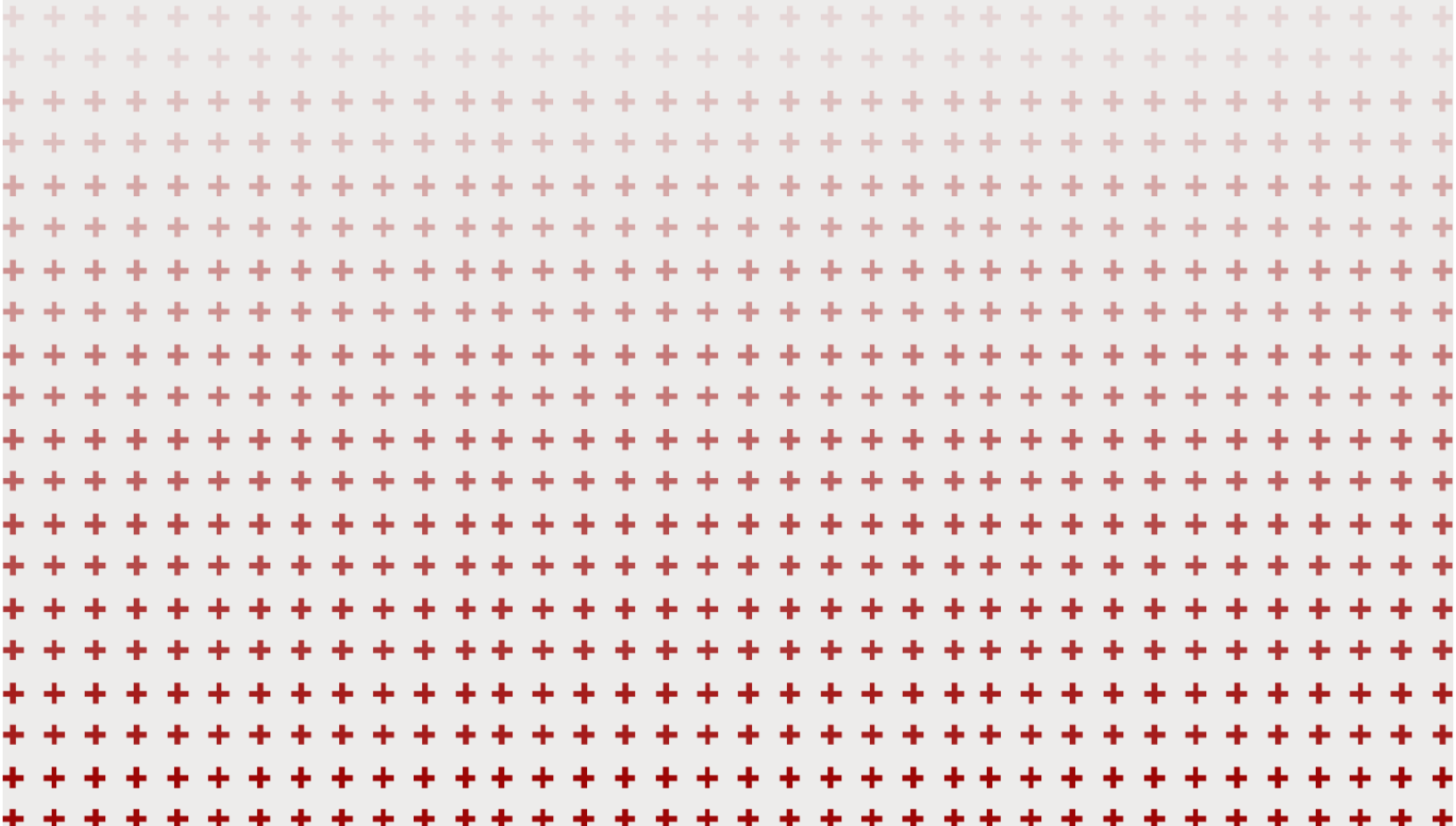
Aktivitas promosi kesehatan terakhir adalah mengorientasikan kembali fasilitas pelayanan kesehatan untuk sensitif dan menghormati budaya lokal setempat. Fasilitas kesehatan harus menjamin pemenuhan kebutuhan individu dan komunitas untuk memiliki hidup sehat serta terbuka hubungan baik dengan sektor non-kesehatan seperti sosial, politik, ekonomi, dan lingkungan. Selain itu, reorientasi fasilitas kesehatan juga harus didukung dengan penelitian, pendidikan, dan pelatihan yang kuat sehingga terjadi perubahan perilaku dan budaya organisasi. Fokus utama pelayanan kesehatan adalah *people-centred* dan menjamin pemenuhan kebutuhan setiap individu sesuai siklus hidup.

C. Peluang dan tantangan subsistem peran serta dan pemberdayaan masyarakat

- a. Indonesia sangat kaya dengan ragam modal sosial yang hidup dalam masyarakat. Modal sosial tersebut sejak lama berperan dalam memecahkan berbagai masalah kesejahteraan masyarakat.
- b. Masyarakat yang sangat beragam tidak bisa digerakkan dengan satu model atau satu pendekatan. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat bersifat "*cultural bound*". Maka peranan daerah (kabupaten/kota) menjadi sangat penting karena lebih mampu memahami keragaman budaya lokal tersebut.
- c. Disparitas tingkat sosial ekonomi memerlukan pendekatan berbeda dari satu komunitas ke komunitas lain. Seperti disampaikan di muka, untuk penduduk dengan tingkat sosial ekonomi rendah, pendekatan pemberdayaan perlu lebih dominan daripada pendekatan peran serta, dan sebaliknya.
- d. Urbanisasi yang semakin tinggi menyebabkan masyarakat perkotaan menjadi semakin heterogen. Membangun gerakan masyarakat yang terorganisir menjadi semakin sulit.
- e. Fungsi peningkatkan peran serta dan pemberdayaan masyarakat ada dalam tugas dan fungsi beberapa kementerian/lembaga, termasuk Kementerian Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Masyarakat, Kementerian Desa, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, BKKBN. Masing-masing merumuskan strateginya untuk mendorong peran serta dan melakukan pemberdayaan masyarakat. Maka masalah kordinasi lintas sektor menjadi isu kritikal di semua jenjang (pusat, provinsi, kecamatan).
- f. Fungsi promosi kesehatan yang penting belum disertai dengan peningkatan kapasitas Puskesmas dan Dinas Kesehatan untuk melakukan fungsi tersebut. Ini menyangkut kemampuan Puskesmas dan Dinkes memahami konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat. Tenaga Puskesmas dan Dinkes yang mempunyai kompetensi kesmas/promkes sangat terbatas. Anggaran untuk subsistem peran serta dan pemberdayaan masyarakat sangat kecil. Di Puskesmas, anggaran tersebut termasuk salah satu mata anggaran (dana BOK) untuk berbagai program UKM lain.

5

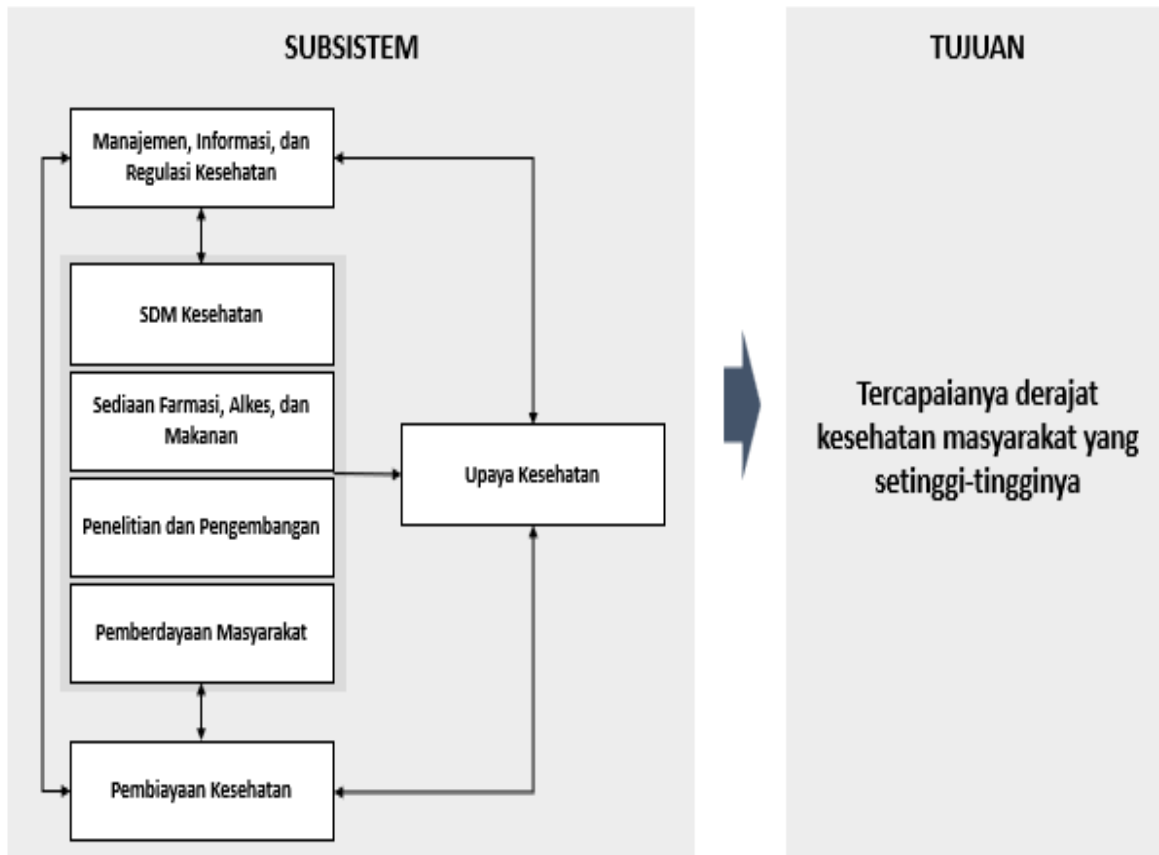
Reformulasi SKN



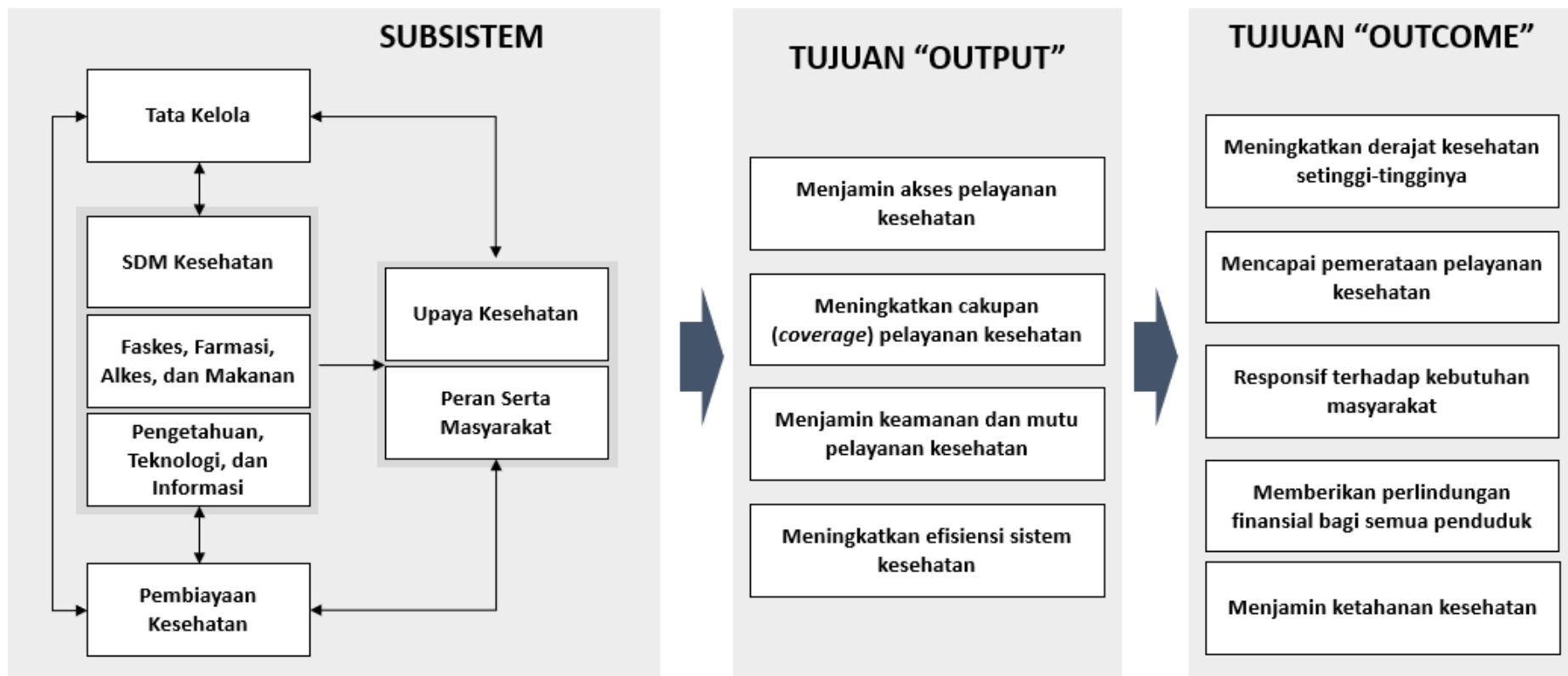
5. REFORMULASI SKN

5.1. REFORMULASI KERANGKA KONSEP/*FRAMEWORK* SKN

Berdasarkan ulasan pada Bab 1 sampai dengan Bab 5, tujuan dan subsistem SKN perlu direformulasi. Reformulasi ditujukan agar kinerja sistem kesehatan semakin *agile* dengan kondisi lingkungan strategis yang semakin berubah.



Gambar 5.1. Framework SKN saat ini (Perpres Nomor 72 Tahun 2012)



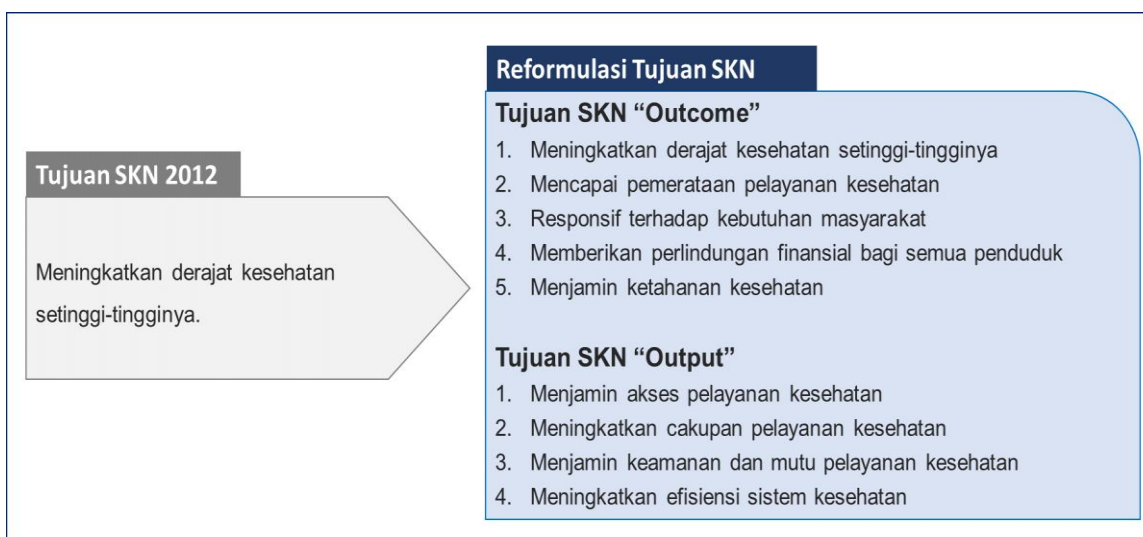
Gambar 5.2. Rumusan Reformulasi Framework SKN

5.2. REFORMULASI TUJUAN SKN

Tujuan sistem kesehatan harus jelas dan terukur. Tujuan tersebut adalah petunjuk yang memberi arah dan tujuan pembangunan kesehatan dan sekaligus membantu menentukan kemana sumber daya dialokasikan dan dimanfaatkan. Dengan memperhatikan delapan tujuan sistem kesehatan menurut WHO dan pasal-pasal yang ada dalam SKN 2012, maka disarankan agar tujuan SKN disempurnakan dengan menyebutkan kesembilan dimensi tujuan tersebut, yang terdiri dari 5 tujuan “*outcome*”, dan 4 tujuan “*output*” dari semula dalam SKN 2012 hanya bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

Ketahanan kesehatan perlu dirumuskan menjadi tujuan tersendiri, karena pengalaman pandemi Covid-19 menunjukkan dampak yang luar biasa pada seluruh aspek pembangunan nasional, baik ekonomi maupun sosial. Derajat kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang telah dicapai dengan susah payah selama ini dapat berbalik dan mundur jauh ke belakang, ditunjukkan oleh menurunnya usia harapan hidup, peningkatan drastic insidensi TB dan melemahnya berbagai cakupan pelayanan kesehatan. Dengan memformulasikan ketahanan kesehatan sebagai *outcome* maka SKN akan mampu mempertahankan derajat kesehatan, pemerataan dan melindungi masyarakat dari beban finansial masalah kesehatan.

Dengan demikian bisa ditetapkan *key performance indicator* SKN yang diperlukan untuk memonitor dan mengevaluasi progres pelaksanaan SKN. Keperluan lain adalah untuk merencanakan, memperkuat dan melaksanakan proses pada masing-masing subsistem. Semua subsistem tersebut direncanakan dan dilaksanakan secara lebih terarah untuk mencapai tujuan SKN.



Gambar 5.3. Reformulasi Tujuan SKN

5.2.1. Tujuan Outcome

5.2.1.1. Meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya

SKN harus mampu meningkatkan derajat kesehatan. Terdapat tiga indikator untuk mengukur derajat kesehatan, yaitu (i) Angka morbiditas, (ii) Angka mortalitas, (iii) Usia Harapan Hidup (UHH). Pengukuran ketiga indikator tersebut selama ini sudah dilakukan secara berkala. Angka morbiditas diukur dengan angka prevalensi dan insidensi berbagai penyakit, menular dan tidak menular. Sedangkan angka mortalitas juga diukur melalui *Crude Death Rate (CDR)*, *Age Specific Death Rate (ASDR)* termasuk *MMR dan IMR*, dan *Disease Specific Death Rate (DSDR)*.

Beberapa pendekatan pengukuran status kesehatan secara agregat juga dapat digunakan, seperti *Disability Adjusted Life Years (DALY)* dan *Healthy Life Expectancy (HALE)* untuk menggambarkan *opportunity loss* dari status kesehatan yang kurang baik. Dalam tataran yang lebih sederhana, kinerja sistem kesehatan seperti cakupan program juga dapat digunakan.

Perkembangan mortalitas, morbiditas beberapa masalah kesehatan dan UHH untuk tahun 2013, 2018, 2022 dapat dinilai kinerja SKN dari tahun 2013 – 2022 pada Tabel 5.1. Berdasarkan tabel tersebut, secara umum dapat dikatakan tidak berhasil, kecuali untuk penurunan kematian ibu, penurunan kematian bayi dan peningkatan UHH.

Tabel 5.1. Capaian Indikator Pembangunan Kesehatan

No	Indikator Kesehatan	2013	2018	2022
1	Usia Harapan Hidup (tahun)	70,40 ¹	71,20 ¹	71,85 ¹
2	Angka Kematian Ibu (per 100.000 kelahiran hidup)	346 ²	305 ³	189 ⁴
3	Angka Kematian Bayi (per 1.000 kelahiran hidup)	26 ²	22,23 ³	16,85 ⁴
4	Prevalensi balita stunting (%)	37,2 ⁵	30,8 ⁶	21,6 ⁷
5	Insidensi tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	332 ⁸	316 ⁹	354 ¹⁰
6	Prevalensi obesitas pada penduduk > 18 tahun (%)	15,4 ⁵	21,8 ⁶	NA

Sumber: (1) BPS, (2) SP 2010, (3) SUPAS 2015, (4) LF SP 2020, (5) Riskesdas 2013, (6) Riskesdas 2018, (7) SSGI 2021, (8) WHO Global TB Report 2013, (9) WHO Global TB Report 2018, (10) WHO Global TB Report 2022

5.2.1.2. Mencapai pemerataan pelayanan kesehatan

Isu yang sama pentingnya dalam meningkatkan derajat kesehatan adalah tentang pemerataan. WHO menekankan pentingnya pemerataan derajat kesehatan sebagai indikator kinerja SKN. Alasan utamanya adalah karena kesehatan adalah hak asasi manusia dan esensial dalam pembangunan mutu modal manusia (*human capital*). Dalam frasa “*no one left behind*”, terkandung makna keharusan sistem kesehatan untuk meningkatkan pemerataan tersebut.

Salah satu misi Indonesia Emas 2045 adalah Kesehatan Untuk Semua, yang salah satu maknanya adalah bahwa derajat kesehatan dan pelayanan kesehatan harus dinikmati oleh seluruh masyarakat tanpa ada batasan apapun, baik wilayah, provinsi, tingkat urbanisasi, sosial ekonomi maupun kelompok masyarakat rentan dan termarginalkan. Untuk Indonesia, pemerataan derajat kesehatan bisa dilihat dari dua perspektif utama. Pertama adalah melihat disparitas antarwilayah – misalnya antara provinsi dan antara kabupaten, daerah perkotaan, atau pedesaan. Kedua adalah melihat disparitas antara jenjang kelompok sosial ekonomi masyarakat.

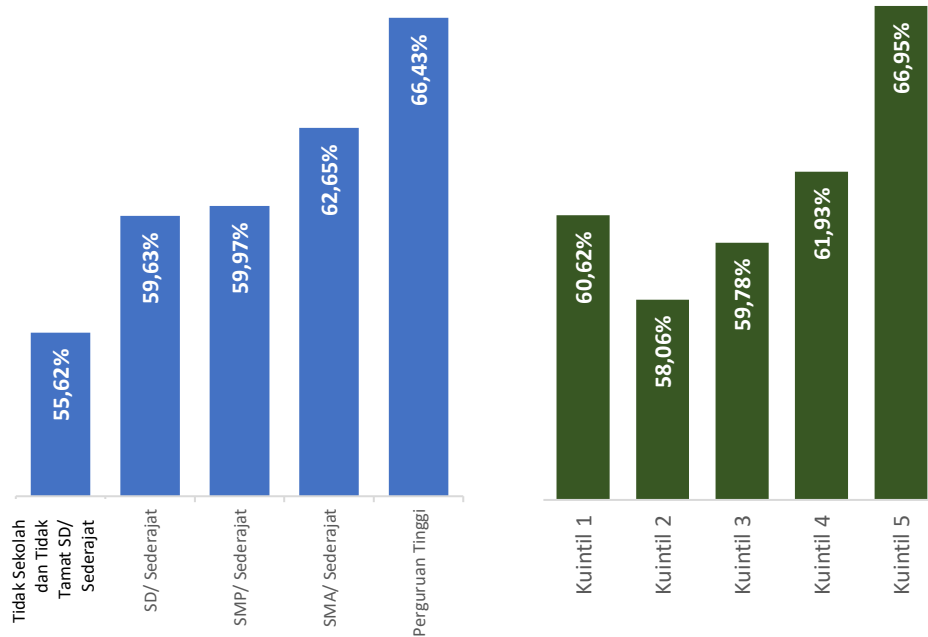
Tabel 5.2. Ketimpangan Capaian Indikator Pembangunan Kesehatan

No	Indikator Pembangunan Kesehatan	Nasional	Capaian Tertinggi	Capaian Terendah
1	Usia Harapan Hidup (tahun) ¹	71,57	65,63 (Sulawesi Barat)	75,08 (DI Yogyakarta)
2	Angka Kematian Ibu ¹ (per 100.000 kelahiran hidup)	189	48 (DKI Jakarta)	585 (Papua)
3	Prevalensi Balita Stunting (%) ²	21,6	8,0 (Bali)	35,3 (NTT)
4	Cakupan Imunisasi Rutin (%) ³	76,5	100*	17,4 (Aceh)
5	Persentase RSUD Kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang (%) ⁴	75,3	100 (Aceh & Babel)	31,6 (Papua)

Sumber: (1) BPS, (2) SSGI 2021, (3) Laporan Kegiatan Kemkes 2022, (4) Kemkes 2022

Capaian pembangunan kesehatan secara umum berbanding lurus dengan tingkat sosioekonomi dan akses pelayanan kesehatan. Tingkat sosioekonomi tinggi dan akses pelayanan kesehatan yang terjangkau biasanya dapat ditemukan di wilayah perkotaan, namun masih tidak lepas dari risiko ketimpangan. Ketimpangan dalam capaian pembangunan kesehatan Indonesia dapat terlihat pada beberapa indikator dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Angka Kematian Ibu (AKI), cakupan imunisasi rutin dan prevalensi *stunting* balita di Provinsi DKI Jakarta dan Bali menempati peringkat capaian terbaik secara nasional.

Sedangkan capaian pembangunan kesehatan di wilayah Indonesia Timur masih jauh dari target yang ditetapkan oleh pemerintah ataupun rerata nasional.



Grafik 5.1. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Bayi 12 – 23 Bulan Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Status Ekonomi Kepala Rumah Tangga

Berdasarkan Susenas 2021, terdapat korelasi antara tingkat pendidikan kepala rumah tangga dengan cakupan imunisasi anak, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga maka cakupan imunisasi anak pada kelompok tersebut semakin tinggi. Berdasarkan status ekonomi, terdapat kecenderungan semakin tinggi status ekonomi kepala rumah tangga maka cakupan imunisasi anak pada kelompok tersebut semakin tinggi. Pemerataan pembangunan kesehatan tidak cukup hanya dilihat dari kewilayahan saja, kondisi sosioekonomi perlu diperhatikan dalam SKN ke depan.

Dalam RPJPN 2025-2045 melalui filosofi kesehatan untuk Semua, penurunan ketimpangan capaian pembangunan kesehatan akan diupayakan melalui penekanan pada pemerataan komponen subsistem kesehatan. Salah satu upaya pemerataan yang menjadi *game changer* adalah restrukturisasi kewenangan pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, baik dalam hal kuantitas maupun kualitas. Diharapkan melalui pemerataan dan peningkatan retensi tenaga medis dan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia terutama pada wilayah Indonesia Timur, akan semakin kecil

kesenjangan capaian indikator pembangunan kesehatan. Hal ini juga akan didukung oleh pemerataan sumber daya lainnya seperti fasilitas pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan.

5.2.1.3. Responsif terhadap kebutuhan masyarakat

Dalam dokumen *Health System Functions 2000*, terdapat tujuh elemen dalam kata responsivitas yaitu harkat manusia (*dignity*), otonomi mengambil keputusan, kerahasiaan (*confidentiality*), mendapat perhatian yang segera (*prompt attention*), dukungan sosial (*social support*), mutu pelayanan penunjang (*amenities*), dan kebebasan memilih fasilitas pelayanan (*choice of provider*). Dalam beberapa sumber, responsivitas juga diartikan sebagai pelayanan yang juga memenuhi harapan non-medis penduduk, termasuk kesetaraan *gender* dan *respect* terhadap nilai budaya lokal (WHO, 2000). Pengertian tambahan lain adalah sistem yang memenuhi kebutuhan kesehatan spesifik segmen penduduk tertentu yaitu (a) menurut kelompok umur: ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita, usia sekolah, remaja, usia kerja dan lansia, (b) penyandang disabilitas, (c) penduduk yang termarginalisasi, (d) korban kekerasan.

Dalam SKN 2012 yang belum diatur adalah mengartikulasikan *responsif* sebagai tujuan sistem kesehatan secara eksplisit, walaupun responsivitas merupakan salah satu dari tiga tujuan intrinsik dari sistem kesehatan, yaitu derajat kesehatan, perlindungan finansial dan responsivitas. Responsivitas penting karena merespon harapan yang dari masyarakat adalah inti dari fungsi sistem kesehatan, terkait erat dengan hak dasar manusia, dapat meningkatkan sistem kesehatan tanpa investasi yang besar dan biasanya diperlukan sebelum menuju pada dua tujuan intrinsik sistem kesehatan lain (derajat kesehatan dan perlindungan finansial).

Responsivitas dalam SKN antara lain dapat diukur melalui kemampuan pelayanan kesehatan menghadapi kebutuhan atas permintaan (*demand*) dan kebutuhan (*need*) khusus seperti pada pelayanan kesehatan lansia, mental, hingga ancaman krisis kesehatan serta lama waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan. Responsivitas juga perlu diukur melalui bagaimana pelayanan kesehatan merespon kebutuhan masyarakat akan *dignity*, kebutuhan khusus (disabilitas) dan keramahan terhadap masyarakat.

5.2.1.4. Memberikan perlindungan finansial bagi semua penduduk

Dalam *World Health Report 2010*, WHO mendefinisikan *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai “*access of everyone to health services without financial hardships*” dimana “*health services include public health services and clinical services*” (WHO,

2010b). Di Indonesia, pelaksanaan JKN dikatakan sebagai upaya untuk memberikan perlindungan finansial tersebut. Namun, ada beberapa kekurangan dalam pelaksanaan JKN selama ini, yaitu:

- (a) Lebih berat pada sisi *demand*, yaitu mengejar jumlah kepesertaan, pengumpulan premi (iuran) dan pembayaran *provider*, tanpa disertai intensitas yang sama untuk meningkatkan sisi *supply*.
- (b) UHC diartikan secara tidak tepat, yaitu sebagai pembiayaan untuk UKP semata melalui skema jaminan kesehatan; sedangkan aspek “*public health services*” (UKM) tidak disebutkan sebagai bagian dari UHC.

Indikator perlindungan finansial bisa dilihat dari besarnya jumlah kepesertaan jaminan kesehatan nasional, pengeluaran katastropik di bidang kesehatan, dan *out of pocket payment* (OOP). Secara makro, perlindungan finansial terhadap sektor kesehatan juga dapat dilihat dari pengeluaran pemerintah untuk pembiayaan UKM yang mencukupi.

Keterbatasan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga mencerminkan perlindungan finansial. Penduduk di daerah tertinggal, kepulauan dan pegunungan yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai harus mencari rujukan hingga ke luar daerah setempat dan menimbulkan biaya yang sangat tinggi.

5.2.1.5. Menjamin ketahanan kesehatan

SKN belum mampu merespons permasalahan kronis pembangunan kesehatan. Pandemi Covid-19 memberikan pembelajaran dan refleksi penting bahwa SKN kita masih lemah, khususnya kemampuan pencegahan termasuk *testing, tracing, dan tracking* serta kemampuan penanganan lonjakan kasus pada pelayanan kesehatan di masa pandemi termasuk sulitnya mobilisasi sumber daya kesehatan seperti fasilitas kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, tenaga kesehatan, laboratorium, dan pembiayaan kesehatan. Pembelajaran penanganan pandemi Covid-19 tersebut menjadi salah satu dasar urgensi perlunya penguatan pencegahan penyakit dan penguatan SKN.

SKN harus mampu merespon tantangan kronis pembangunan kesehatan sekaligus tantangan kedaruratan kesehatan. Keseluruhan subsistem kesehatan juga harus didorong untuk dapat mendukung ketahanan kesehatan dengan menitikberatkan pada upaya penguatan pelayanan kesehatan primer; penguatan *prevent, detect, respond* didukung sistem surveilans yang tangguh; koordinasi *penta-helix*; dan penguatan interkoneksi sistem informasi kesehatan. Ketahanan kesehatan perlu

menjadi salah satu tujuan SKN karena 1) dapat mendisrupsi bahkan membalikkan capaian kesehatan misalnya pada kasus tuberkulosis (TB), penurunan UHH, peningkatan kematian akibat pandemi, serta 2) memberikan dampak yang besar bagi ekonomi.

Komponen ketahanan kesehatan adalah hal baru dalam SKN namun tantangan potensi pandemi di masa depan lebih dahsyat, maka keseluruhan subsistem kesehatan juga harus didorong untuk dapat mendukung ketahanan kesehatan dan menjadikan ketahanan kesehatan sebagai salah satu tujuan SKN.

1. Menitikberatkan peningkatan kapasitas dinas kesehatan dan puskesmas sebagai penanggung jawab UKM di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan. Kapasitas yang harus diberikan adalah kapasitas manajerial dan juga medis klinis. Penyelenggaraan UKM pada setiap tingkatan ini didukung oleh unit laboratorium yang handal dan terstandar.
2. Penguatan *prevent, detect, respond* (PDR) didukung sistem surveilans yang berjenjang dari tingkat masyarakat sampai ke tingkat pusat. Penerapan surveilans berbasis masyarakat harus disertai dengan peningkatan kapasitas masyarakat serta penyesuaian dengan kearifan lokal.
3. Koordinasi *penta-helix* harus dijalin secara terus menerus dengan rencana kerja yang terencana dalam upaya peningkatan kapasitas manufaktur dalam negeri, penelitian, *risk communication*, serta penggerakan upaya inovatif di masyarakat. Koordinasi kuat antara pengampu kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan kesehatan lingkungan juga harus dibangun secara rutin dalam rangka memperkuat deteksi dini potensi wabah.
4. Interkonektivitas sistem informasi surveilans pada kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan. Hal ini sangat penting sebagai bagian sistem peringatan dini (*early warning system*) dan memicu sistem kewaspadaan (*alert system*) dalam deteksi kasus yang berpotensi kejadian luar biasa atau wabah. Interkonektivitas tersebut harus dapat memungkinkan berbagai sistem informasi saling memberikan umpan informasi dari satu sistem ke sistem lainnya. Penguatan interkonektivitas sistem informasi kesehatan ini antarsistem dengan memastikan:

a. Penyeragaman variabel dan definisi variabel data utama.

Banyaknya sistem informasi yang berkembang perlu diidentifikasi variabel yang menjadi kunci serta didefinisikan dengan seragam. Hal ini sangat fundamental untuk menjamin data yang dimasukkan adalah data yang seragam dan sesuai dengan kebutuhan. Penentuan variabel ini juga harus mempertimbangkan aplikasikan di masyarakat.

b. Penguatan regulasi sistem informasi kesehatan dan data sharing policy

Untuk memastikan interkoneksi sistem dan/atau interoperabilitas, dibutuhkan regulasi yang mendorong upaya berbagi data (*data sharing*). Namun, hingga saat ini dasar aturan yang ada baru sebatas kesepakatan kerjasama. Penguatan regulasi sistem informasi kesehatan ini mutlak diperlukan sebagai landasan hukum yang memberi otoritas berbagi data dan informasi: (a) pada tingkat peraturan yang mana dan seberapa detail informasi yang diizinkan untuk disirkulasikan, (b) pencegahan masalah etik dan penjaminan privasi data, serta (c) penjaminan ketahanan sistem informasi terhadap serangan *cyber*.

c. Pelibatan sektor swasta dengan pendekatan *Pentahelix*.

Sistem informasi kesehatan harus dibangun dalam satu kesatuan. Tidak hanya data dalam sistem layanan kesehatan publik, misalnya antara Kemkes, Dinas Kesehatan, dan fasilitas kesehatan publik, tetapi juga fasilitas kesehatan dan laboratorium swasta. Pemerintah tidak memiliki kapasitas yang adekuat untuk mendapatkan gambaran data hanya dari fasilitas laboratorium milik pemerintah sehingga kolaborasi dengan swasta, seperti yang digambarkan dalam pendekatan *pentahelix*, mutlak diperlukan

5.2.2. Tujuan Output

5.2.2.1. Menjamin akses pelayanan kesehatan

Menurut WHO ada empat elemen akses yaitu (i) *available* (tersedia), (ii) *reachable* (jaraknya dapat dijangkau), (iii) *affordable* (biayanya dapat ditanggung), (iv) *acceptable* (dapat diterima secara sosial/budaya). Terakhir ditambahkan satu elemen lagi yaitu (v) *timely available* (tersedia pada saat dibutuhkan). Selama ini indikator akses yang sering digunakan adalah ketersediaan. Misalnya berapa jumlah ketersediaan sarana dan tenaga kesehatan (dokter, bidan, jumlah spesialis, dan lain-lain) di suatu wilayah. Sebetulnya keterjangkauan bisa dilihat menggunakan *proxy* indikator, yaitu biaya transportasi yang tersedia dalam data Susenas. Keterjangkauan secara finansial dapat dilihat dari jumlah penduduk yang sudah dicakup dalam sistem jaminan kesehatan. Untuk membuat pelayanan dan upaya kesehatan *acceptable*, maka sistem kesehatan perlu melibatkan para sosiolog dan antropolog dalam memahami penerimaan pelayanan kesehatan dari perspektif sosial budaya.

5.2.2.2. Meningkatkan cakupan (coverage) pelayanan kesehatan

Luasnya cakupan merupakan salah satu hal yang menjadi perhatian terkait pelayanan kesehatan. Cakupan dapat dimaknai sebagai sebagai proporsi dari populasi target yang mendapatkan manfaat dari intervensi kesehatan. Adanya akses fisik terhadap fasilitas kesehatan belum tentu berbanding lurus dengan kemampuan diaksesnya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, bentuk pemenuhan cakupan pelayanan kesehatan tidak hanya terkait jenis pelayanan kesehatan yang tersedia namun juga meliputi manfaat pelayanan terkait kesehatan (program, intervensi, pelayanan), besarnya kelompok target, dan adanya jaminan sosial untuk dapat mengakses manfaat pada sistem kesehatan. Jika ketiga aspek di atas terpenuhi, maka dapat dikatakan suatu negara telah mencapai cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage/UHC*).

Tabel 5.3. Ketimpangan Ketersediaan RS Layanan Unggulan

Layanan Unggulan	Kapasitas Sistem Kesehatan
Kanker (K)	<ul style="list-style-type: none">• 10 Provinsi belum memiliki minimal 1 RS dengan layanan kemoterapi• Baru 12 provinsi yang menjadi jejaring rujukan kanker
Jantung (J)	<ul style="list-style-type: none">• Hanya 40 RS pemerintah yang mampu melayani katerisasi jantung• Baru 8 Provinsi yang mampu bedah jantung terbuka• Rata-rata waktu tunggu layanan bedah jantung anak > 6 bulan di setiap RS
Stroke (S)	<ul style="list-style-type: none">• Baru 17 Provinsi yang mampu melayani stroke (22 RS)

Terdapat beberapa hambatan dalam meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, antara lain (i) keterbatasan fisik, sosiokultural, dan finansial dari sumber daya manusia kesehatan untuk melayani populasi yang besar, (ii) institusi yang kaku dengan sistem baku sehingga sulit beradaptasi dengan perubahan kebutuhan populasi, (iii) kurangnya partisipasi masyarakat, dan (iv) dominasi pendekatan kuratif dalam pelayanan kesehatan professional. Untuk mengatasi hambatan tersebut di atas, dapat dilakukan ekstensi pemberian layanan kesehatan melalui pelayanan kesehatan komunitas-tradisional yang sudah dilaksanakan di tingkat Puskesmas melalui pelayanan UKM.

Cakupan pelayanan baik UKP dan UKM juga merupakan indikator penting yang menunjukkan efektivitas SKN. Indikator cakupan UKP bisa dilihat dari data tahunan BPJS tentang *contact rate* terhadap pelayanan rawat jalan dan rawat inap peserta JKN. Berikut adalah contoh indikator tersebut, yang bisa dianalisis secara tahunan.

Untuk cakupan program-program UKM seperti cakupan IDL, CDR TBC, CPR KB dan lain-lain – yang merupakan indikator cakupan *public health services*, tersedia data dalam Riskesdas yang dilaksanakan setiap 5 tahun. Dalam tabel berikut disampaikan indikator cakupan UKM yang dihasilkan dari Riskesdas 2008, 2013 dan Riskesdas 2018. Dalam tabel tersebut dapat dilihat bahwa kinerja SKN dalam perspektif cakupan tidak bisa dikatakan baik. Sebagian besar tren cakupan tersebut stagnan, bahkan ada beberapa yang menurun.

Tabel 5.4. *Progress Indikator Cakupan Program UKM*

No	Indikator Cakupan Program	2007	2013	2018
1	Imunisasi Dasar Lengkap (%)	46,2 ¹	59,2 ²	57,9 ³
2	Antenatal Care (K4) (%)	66 ⁴	74 ⁵	77,4 ⁶
3	Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (%)	46,1 ⁴	56 ⁶	74 ⁶
4	ASI Eksklusif 6 bulan (%)	32,3 ⁴	41 ⁵	52 ⁶
5	<i>Case Detection Rate TB (%)</i>	30,8 ⁷	33,5 ^{7,8}	67,2 ⁸
6	<i>Treatment Success Rate TB (%)</i>	89,5 ⁷	87 ^{7,8}	84,6 ⁸
7	Penimbangan Balita (%)	45,4 ¹	44,6 ^{*,2}	54,6 ^{**,3}

* ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir; ** ≥ 8 kali dalam 12 bulan terakhir

Sumber: (1) Riskesdas 2007, (2) Riskesdas 2013, (3) Riskesdas 2018, (4) SDKI 2007, (5) SDKI 2012, (6) SDKI 2017, (7) Profil Kesehatan Indonesia 2017, (8) Profil Kesehatan Indonesia 2018

5.2.2.3. *Menjamin Keamanan dan Mutu Pelayanan Kesehatan*

Keamanan kesehatan (*health security*) merupakan kondisi terlindunginya populasi masyarakat terhadap ancaman eksternal yang dapat mempengaruhi status kesehatan. Agar sistem kesehatan dikatakan mampu menjaga keamanan kesehatan perlu mampu melakukan *prevent, detect, respond* untuk mencegah terjadinya krisis kesehatan mencapai tingkat pandemi sekaligus resilien atau mampu menangani jika ada tekanan atau *shock* yang menyebabkan melonjaknya permintaan terhadap pelayanan kesehatan seperti bencana dan pandemi. Perkembangan populasi penduduk, urbanisasi, degradasi lingkungan, penggunaan antimikroba yang tidak bijak dapat mempengaruhi upaya yang diperlukan untuk menjamin keamanan kesehatan. Untuk meminimalisir dampak dari ancaman keamanan kesehatan diperlukan sistem kesehatan yang mampu berjalan secara proaktif dan reaktif dengan subsistem yang aktif memainkan perannya serta interaksi antar subsistem dalam bentuk memberikan umpan balik secara kontinu.

Prasyarat untuk monitoring dan peningkatan mutu pelayanan adalah standar. Ternyata sebagian besar layanan rujukan dan layanan primer belum disusun standarnya. Dari sekitar 1017 pelayanan RS yang dijamin BPJS, hanya 80 yang memiliki standar. Demikian juga hanya sebagian besar dari penanganan 144 penyakit di layanan primer juga belum ditetapkan standarnya.

Dalam pelayanan kesehatan masyarakat (UKM) terdapat beberapa standar yang dikembangkan. Misalnya *roll back malaria* (gebrak malaria), *integrated tuberculosis program*, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), pedoman imunisasi, dan lainnya. Standar bukan saja diperlukan untuk UKM dan UKP, tetapi untuk semua subsistem SKN termasuk fasilitas kesehatan, SDM, farmasi/alkes, sistem informasi, dan lain-lain. Misalnya untuk melaksanakan tugas-tugas kesehatan lingkungan di Puskesmas, perlu ditetapkan standar kompetensi seorang sanitarian untuk Puskesmas. Kesimpulannya, pada setiap upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan subsistem SKN perlu disusun dan ditetapkan standarnya. Penetapan standar adalah fondasi untuk menjamin keamanan dan mutu pelayanan.

Dalam hal produk farmasi dan alat kesehatan (alat diagnosis, alat untuk tindakan medis, kesehatan masyarakat, dan sarana penunjang pelayanan), keamanannya dijamin melalui proses sebagai berikut:

- a. proses kajian *efficacy*, *effectiveness* dan *safety*; seperti telah dikemukakan dalam kajian tentang farmasi/alkes.
- b. Penerapan CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Baik) atau yang lebih luas oleh WHO disebut sebagai GMP (*good manufacturing practice*)
- c. Penetapan standar obat/alat kesehatan penunjang seperti misalnya desain peralatan RS, Puskesmas/klinik.
- d. Pengendalian *marketing* produk kesehatan sehingga tidak terjadi pemasaran yang membahayakan masyarakat
- e. Penetapan standar kompetensi tenaga untuk melakukan berbagai pelayanan UKM dan UKP
- f. Pelaksanaan akreditasi terhadap semua jenis institusi pelayanan kesehatan (layanan kesehatan primer, rujukan, laboratorium, balai kesehatan, dan lain-lain)

5.2.2.4. Meningkatkan efisiensi sistem kesehatan

Health care cost inflation sudah menjadi isu penting dalam pembiayaan kesehatan. Inflasi biaya kesehatan bisa didorong oleh permintaan (*demand driven*) misalnya karena penuaan penduduk (*aging population*), meningkatnya kasus PTM, katastropik dan AMR yang berbiaya lebih mahal serta meningkatnya tingkat ekonomi penduduk sehingga menuntut pelayanan yang lebih canggih dan lebih mewah. Inflasi biaya

kesehatan bisa juga didorong oleh penawaran (*supply driven*) misalnya karena penggunaan teknologi canggih berbiaya mahal menggantikan teknologi konvensional yang sama efektifnya, mengabaikan upaya promotif, preventif dan skrining serta mengutamakan pengobatan, sistem pembayaran "*fee for services*" sampai pada tindakan medis yang tidak perlu (*unnecessary medical procedure*). Sistem kesehatan harus mengendalikan inflasi biaya tersebut secara terprogram.

Beberapa upaya sudah dilakukan di banyak negara termasuk Indonesia untuk mengendalikan inflasi biaya kesehatan seperti:

- a. membudayakan hidup sehat (*healthy lifestyle*). Program GERMAS adalah salah satu contoh baik dari pembudayaan hidup sehat.
- b. mendorong intervensi kesehatan "ke hulu" atau promotif-preventif-pengobatan dini yang dalam *Ottawa Charter* disebut *reorient health services* (WHO, 1986). Efisiensi dengan mengutamakan intervensi hulu ini disebut juga sebagai "*allocative efficiency*".
- c. memilih intervensi yang *cost effective* seperti misalnya menggunakan obat generik dan bukan obat branded. Efisiensi menggunakan input murah dan bagus juga disebut sebagai *economic efficiency*. Untuk memilih intervensi yang *cost effective* perlu dilakukan dan dilembagakan Penapisan Teknologi Kesehatan (PTK) atau *Health Technology Assessment* (HTA).
- d. mengurangi *waste* dan *unused capacity*. Rendahnya BOR RS, penggunaan alat canggih mahal jauh dibawah kapasitasnya dan keahlian spesialis yang tidak terpakai karena kurang pasien, adalah bentuk-bentuk inefisiensi tersebut, yang disebut sebagai *scale in-efficiency*.
- e. *technical inefficiency* akibat salah perencanaan dan pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan. Misalnya ruang bedah dibangun tapi tidak menempatkan ahli bedah, Puskesmas dibangun tanpa tenaga kesehatan, imunisasi dilaksanakan secara massal tanpa sistem "*cold chain*" sesuai standar. Inefisiensi teknis ini banyak terjadi di Indonesia.

Sebagai ringkasan, *healthy lifestyle*, *allocative efficiency*, *economic efficiency*, *scale efficiency* dan *technical efficiency* adalah beberapa indikator yang bisa dipakai untuk menilai efisiensi SKN.

5.3 REFORMULASI SUBSISTEM SKN

Reformulasi subsistem kesehatan ini meliputi penyempurnaan katagori, nama dan lingkup sistem kesehatan untuk lebih mencerminkan sistem kesehatan baru yang lebih tangguh dan menjawab berbagai isu strategi baru. Yang kedua adalah berisi penekanan, penyempurnaan dan penambahan komponen dalam masing-masing subsistem itu sendiri. Dengan demikian formulasi dalam komponen subsistem dalam tabel ini hanya berupa tambahan atau penyempurnaan dari komponen sebelumnya, dan bukan merupakan komponen lengkap subsistem kesehatan. Hal-hal yang tidak dibahas dalam tabel ini adalah komponen yang masih sesuai dan bisa mengacu pada komponen dalam SKN 2012.

5.3.1. Subsistem Upaya Kesehatan

1. Penguatan peran upaya kesehatan dalam mengatasi masalah disparitas akses ke pelayanan kesehatan:

- Memperkuat peran penyeimbang (*equalizing role*) pusat, berupa kebijakan afirmatif pengelolaan faskes (Puskesmas dan RSUD). Kebijakan ini didasarkan pemetaan kemampuan daerah (*fiscal mapping*) . Ditetapkan bahwa di daerah tertentu – Pusat membina Dinkes dan Puskesmas) secara intensif dan komprehensif, yaitu dalam aspek (i) pengadaan sarana fisik, (ii) penempatan SDM (sudah dilakukan dalam kebijakan Nusantara Sehat), (iii) pengadaan BMHP dan BHP, (iv) pembiayaan (sudah dilakukan dalam kebijakan BOK dan insentif UKM), (v) pembinaan mutu pelayanan dan (vi) pembinaan kemampuan manajemen Puskesmas. Kebijakan afirmasi semacam ini dilakukan terhadap Puskesmas didaerah terpencil dan sulit.
- Memberikan insentif kepada pihak swasta untuk beroperasi di daerah terbelakang dan sulit. Insentif tersebut bisa berupa kemudahan administratif mendapat lahan, mendapat jatah penempatan SDM dan pembayaran pelayanan yang secara ekonomis layak menunjang biaya operasional faskes swasta tersebut dengan margin yang dapat diterima.

2. Mampu merespon tiga evolusi permasalahan kesehatan yaitu permasalahan penyakit menular, gizi dan lingkungan; penyakit tidak menular; dan patologi sosial dan perubahan iklim.

- Saat ini Indonesia sedang mengalami ketiga tahapan evolusi permasalahan kesehatan pada rentang waktu bersamaan, dimana permasalahan mendasar (tahap awal), penyakit menular dan masalah gizi masih tinggi, disertai masalah patologi sosial dan lingkungan telah menjadi ancaman.

- Permasalahan penyakit menular, kekurangan gizi dan permasalahan lingkungan mendasar seperti air minum dan sanitasi. Perubahan demografi menyebabkan peningkatan jumlah dan proporsi penduduk dewasa dan lansia serta meningkatnya jumlah penduduk tinggal di daerah perkotaan. Upaya kesehatan harus responsif terhadap perubahan melalui investasi di bidang pelayanan kesehatan mental, kesehatan lansia dan dampak dari urbanisasi
- Lingkungan strategis seperti perubahan perilaku yang cenderung *sedentary*, perubahan pola makan dan aktifitas fisik memerlukan interaksi yang erat tidak saja antar sub sistem kesehatan tetapi dengan sistem lain seperti pendidikan, industri dan perdagangan. Subsistem upaya kesehatan perlu menyiapkan diri dengan kompetensi, kelembagaan dan kolaborasi dengan sistem lain dan lingkungan strategis lain.
- Perubahan iklim dan berbagai kedaruratan kesehatan menuntut pelayanan kesehatan yang *agile* dan cepat. Subsistem lain seperti SDM, fasilitas kesehatan, sistem informasi dan tata kelola yang mampu merespon perubahan ini sebagai bagian dari kesiapan pelayanan kesehatan

3. Mengembalikan Puskesmas sebagai jantung upaya dan pelayanan kesehatan. Penambahan substansi untuk mendorong investasi dalam pelayanan kesehatan primer (*primary health care*).

- Jaringan pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan yang paling dekat dan langsung berhubungan dengan masyarakat dan berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Puskesmas dan jaringannya berpotensi mendukung pencapaian cita-cita Kesehatan untuk Semua, melalui fungsi pemerataan pelayanan kepada seluruh penduduk dengan partisipasi masyarakat.
- Dengan jumlah Puskesmas dan jaringannya yang terbatas, penambahan jumlah penduduk dan dinamika epidemiologi dan sosial determinan kesehatan yang semakin kompleks, perlu perluasan dan penguatan pelayanan kesehatan primer melalui Puskesmas dan jaringannya
- Jangkauan dan pelayanan kesehatan Puskesmas perlu diperluas sehingga semakin mendekatkan pelayanan pada masyarakat, menggerakkan partisipasi masyarakat, mitigasi terhadap pandemi dan kedaruratan kesehatan. Perluasan tersebut dilakukan melalui peningkatan kapasitas puskesmas, penyediaan puskesmas baru sesuai dengan kebutuhan, perluasan jejaring Puskemas seperti Pustu sampai tingkat desa dan kelurahan, serta koordinasi, pembinaan dan kerjasama dengan upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti posyandu.

- Penguatan peran Lembaga Puskesmas dalam pembangunan kesehatan di wilayah cakupannya dan penguatan peran dan kolaborasi dengan fasilitas kesehatan maupun entitas lain di luas Sistem kesehatan seperti lembaga pemerintahan, institusi pendidikan institusi keamanan, organisasi masyarakat dan lembaga pendidikan
- Penguatan pelayanan kesehatan dasar menuju integrasi pelayanan

4. Didorong untuk dapat mendukung ketahanan kesehatan dan menjadikan ketahanan kesehatan sebagai salah satu tujuan SKN.

- Menitikberatkan peningkatan kapasitas dinas kesehatan dan puskesmas sebagai penanggung jawab UKM di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan Kapasitas yang harus diberikan adalah kapasitas manajerial dan juga medis klinis. Penyelenggaraan UKM pada setiap tingkatan ini didukung oleh unit laboratorium yang handal dan terstandar.
- Penguatan *prevent, detect, respond* (PDR) didukung sistem surveilans yang berjenjang dari tingkat masyarakat sampai ke tingkat pusat. Penerapan surveilans berbasis masyarakat harus disertai dengan peningkatan kapasitas masyarakat serta penyesuaian dengan kearifan lokal.
- Koordinasi penta-helix harus dijalin secara terus menerus dengan rencana kerja yang terencana dalam upaya peningkatan kapasitas manufaktur dalam negeri, penelitian, risk communication, serta penggerakan upaya inovatif di masyarakat. Koordinasi kuat antara pengampu kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan kesehatan lingkungan juga harus dibangun secara rutin dalam rangka memperkuat deteksi dini potensi wabah.

5. Peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan primer:

- Fungsi pokok Puskesmas sebagai pembina kesehatan wilayah dengan menyebutkan 8 (delapan) elemen wilayah kerja Puskesmas sebagai suatu entitas
- Rumusan Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer yang lebih mengambil peran pada upaya promotif dan preventif.
- Kelembagaan Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan dan hubungan kerjanya dengan RSUD yang juga sebagai UPT Dinkes.
- Perluasan penguatan peran puskesmas dalam pelayanan kesehatan primer sampai tingkat desa/kelurahan
- Peran RS dan jaringannya hingga tingkat desa perlu dirumuskan khususnya untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan termasuk dalam penggerakan desa dan kader kesehatan

6. Mengevaluasi dan Penyempurnaan dan Pengembangan sistem rujukan

- Berbasis kapasitas dan kemampuan setiap RS dengan memastikan pemenuhan standar layanan untuk setiap jenjang kompetensinya (kemampuan dan kompetensi tenaga kesehatan di setiap fasilitas kesehatan dalam melakukan pelayanan termasuk diagnosis, tata laksana, dan evaluasi secara akurat)
 - Memperhatikan kondisi geografis wilayah dengan pengembangan sistem rujukan terutama di wilayah kepulauan dan pegunungan untuk menjamin pemerataan akses (contoh: sistem rujukan gugus pulau, RS kapal, pusling perairan, wilayah pegunungan)
 - Memastikan pelayanan kesehatan berkualitas yang dicerminkan oleh *responsiveness*, waktu tunggu, perilaku layanan tenaga kesehatan, tingkat cakupan sasaran, kepuasan pasien
 - Memastikan pembagian beban yang memenuhi prinsip *equity* dengan berbasis wilayah untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan, efisiensi layanan, dan menurunkan antrian
7. Berdasarkan kondisi di atas, **pengembangan sistem rujukan ke depan** perlu mempertimbangkan aspek-aspek antara lain 1) Berbasis kapasitas dan kemampuan setiap RS dengan memastikan pemenuhan standar layanan untuk setiap jenjang kompetensinya (kemampuan dan kompetensi tenaga kesehatan di setiap fasilitas kesehatan dalam melakukan pelayanan termasuk diagnosis, tata laksana, dan evaluasi secara akurat); 2) Memperhatikan kondisi geografis wilayah dengan pengembangan sistem rujukan terutama di wilayah kepulauan dan pegunungan untuk menjamin pemerataan akses (contoh: sistem rujukan gugus pulau, RS kapal, pusling perairan, wilayah pegunungan); 3) Memastikan pelayanan kesehatan berkualitas yang dicerminkan dari *responsiveness*, waktu tunggu, perilaku layanan tenaga kesehatan, tingkat cakupan sasaran, kepuasan pasien; 4) Memastikan pembagian beban yang memenuhi prinsip *equity* dengan berbasis wilayah untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan, efisiensi layanan, dan menurunkan antrian.
8. **Upaya kesehatan mampu meningkatkan *demand* masyarakat terhadap pelayanan kesehatan** juga diperlukan agar konsep pelayanan kesehatan terintegrasi dapat berjalan optimal. Peningkatan *demand* memerlukan peningkatan literasi masyarakat dan pengurangan batasan sosial, budaya, finansial, dan gender terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini memerlukan

pendekatan sosial yang berbeda-beda dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

9. **Pelayanan kesehatan terintegrasi** menekankan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan berbasis penyakit dan institusi kesehatan menyebabkan terjadinya fragmentasi dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, sehingga tidak lagi sesuai untuk mengatasi tantangan kesehatan saat ini. Untuk itu diperlukan pelayanan kesehatan terintegrasi yang berorientasi pada masyarakat (*people centered*). Pendekatan ini menempatkan masyarakat dan komunitas sebagai pusat sistem kesehatan, dan mendorong masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri ketimbang sebagai penerima pelayanan. Pendekatan ini memerlukan adanya koordinasi dan kolaborasi antar program vertikal yang ada selama ini. Penekanan pada pelayanan kesehatan primer memerlukan pendekatan yang komprehensif di tingkat dasar, tidak hanya puskesmas tetapi juga mencakup fungsi kesehatan masyarakat, pelibatan komunitas, serta kolaborasi dan aksi multipihak.
10. **Pemberdayaan masyarakat.** Masyarakat tidak hanya menjadi objek target pembangunan kesehatan tetapi juga menjadi subjek/ pelaku pembangunan kesehatan. Dalam hal ini, masyarakat mampu untuk berperilaku hidup sehat, mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap aktivitas pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam pembangunan berwawasan kesehatan.

5.3.2. Subsistem Pengetahuan, Teknologi, dan Informasi

1. **Penyesuaian terhadap tatanan yang ditetapkan oleh sistem penelitian dan pengembangan** banyak mengalami perubahan dan penyesuaian antara lain dengan munculnya UU Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Iptek (Sisnas Iptek), Rencana Induk Pengembangan Industri Nasional (RIPIN), dan Perpres mengenai penataan kelembagaan riset dengan dibentuknya Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Salah satu implikasi Perpres tentang BRIN adalah meleburnya lembaga dan unit riset (penelitian dan pengembangan) kementerian menjadi di bawah fungsi BRIN. Ke depan diperlukan penguatan riset mengenai sistem kesehatan.
2. **Peningkatan hasil kemajuan riset dan teknologi di berbagai bidang yang dapat dimanfaatkan di sektor kesehatan.** Perkembangan inovasi di bidang kesehatan berjalan dengan cepat tidak hanya bidang riset yang diatur dalam SKN 2012 seperti biomedis, teknologi terapan, epidemiologi klinis, humaniora dan kebijakan. Dengan berbagai kemajuan riset saat ini, kolaborasi dan kerjasama riset

antar bidang sangat mempengaruhi teknologi kesehatan seperti riset bidang informasi, kecerdasan buatan, teknologi material, kimia dan biokimia, elektronik dan instrumentasi, dan penelitian bidang sosial lainnya.

3. **Penguatan jaringan riset.** Ruang lingkup litbang tidak lagi eksklusif sebagai bidang kesehatan tetapi berkembang pada bidang lain. Munculnya berbagai lembaga riset di seluruh penjuru dunia dan masifnya kolaborasi riset antar lembaga dan negara menyebabkan kita tidak bisa lagi hanya mengandalkan kemampuan riset in-house, tetapi lebih pada memperkuat jaringan riset global. Dalam hal ini selain kemampuan melakukan riset yang lengkap dari hulu ke hilir, mulai dari riset dasar sampai dengan terapan, saat ini sistem kesehatan dituntut untuk mampu berkontribusi dan mengadopsi hasil riset pada seluruh tahapan riset. Dengan demikian, kapasitas riset dan pengembangan in-house hanya merupakan salah satu tools atau cara untuk memanfaatkan iptek bagi pembangunan kesehatan dan bukan merupakan tujuan akhir dari pembangunan itu sendiri.
4. Penelitian dan pengembangan merupakan evolusi dalam pemutakhiran produk-produk kesehatan, manajemen dan proses atau metode *delivery* (pemberian layanan kesehatan) yang *embedded* dan tidak berdiri sendiri. Oleh karenanya penelitian dan pengembangan tidak menjadi subsistem sendiri, melainkan melekat pada komponen sistem yang ada.
5. Penelitian dan pengembangan dapat dirumuskan menjadi teknologi dan inovasi yang merupakan sebuah subsistem sendiri di luar sektor kesehatan dan dalam eksekusinya melekat pada masing-masing subsistem.
6. **Produksi dan pemanfaatan strategis informasi merupakan bagian penting sistem kesehatan.**
 - Fungsi informasi diarahakan untuk mampu menghasilkan data populasi dan data fasilitas, memiliki kemampuan untuk mendeteksi, meneliti, mengomunikasikan permasalahan pada kondisi normal maupun pada kondisi kedaruratan kesehatan masyarakat dengan cepat dan mempunyai kapasitas untuk mensitesa informasi dan mendorong pemanfaatan pengetahuan.
 - Hal ini perlu didukung dengan pengembangan sistem informasi dan surveilans kesehatan, instrumen yang terstandardisasi, dan akses terhadap data kesehatan di tingkat internasional.
7. Dalam penyelenggaraan SIK dan upaya penguatan sistem informasi kesehatan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan secara seksama sebagai berikut.

- Penguatan landasan hukum yang memberikan otoritas kepada penyelenggara SIK, baik di pusat, daerah, dan swasta untuk berbagi data dan informasi.
- Perencanaan kebijakan dan program, pengorganisasian, kerjasama dan koordinasi antar sektor, monitoring dan evaluasi, serta pembinaan dan pengawasan, termasuk penyusunan sistem *reward and punishment* terhadap kepatuhan penyelenggaraan SIK.
- Identifikasi dan penetapan variabel data, indikator, dan sumber data esensial yang memungkinkan pengelolaan data secara komprehensif, namun tetap memberikan kelenturan bagi daerah yang memiliki potensi beban penyakit spesifik.
- Antisipasi dan penguatan regulasi yang mengatur masalah etik dan privasi data.
- Penyiapan produksi dan peningkatan kualitas SDM Kesehatan di bidang SIK
- Penguatan ketahanan sistem informasi terhadap serangan *cyber*.
- Penguatan sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras yang mendukung pengelolaan SIK yang aman dan akurat.
- SIK ke depan perlu diarahkan sebagai bentuk SIK yang sederhana, mudah, langsung memberikan ke *feedback* ke pelaksana program dan dapat ditindaklanjuti secara cepat.

5.3.3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

1. Dalam rumusan subfungsi pembiayaan perlu menggunakan norma-norma pembiayaan kesehatan, yaitu: (1) Cukup; (2) Berbasis kinerja; (3) Efektif; (4) Efisien; (5) Berkeadilan; (6) Berkelanjutan; (7) Komprehensif; (8) Tepat waktu; dan (9) Transparan dan akuntabel. Norma-norma tersebut merupakan tujuan normatif dan pedoman dalam menyelenggarakan pembiayaan kesehatan.
2. Pembiayaan kesehatan juga perlu menjalankan fungsi-fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu: (1) Menentukan apa yang akan dibiayai; (2) Menghitung kebutuhan biaya; (3) Menentukan sumber pembiayaan; (4) Menyusun anggaran; (5) Melaksanakan (eksekusi) anggaran; dan (6) Mengevaluasi pembiayaan.
3. **Fungsi dan norma tersebut perlu memperhatikan prioritas pembangunan nasional di bidang kesehatan.** Pendekatan pembiayaan dengan performance based dan *result-based* akan mendorong kinerja subsistem kesehatan memenuhi layan dasar sesuai kebutuhan masyarakat. Prioritisasi dan mengacu pada tujuan (*output* dan *outcome*) yang dituangkan dalam dokumen perencanaan. Dalam konteks Indonesia, sumber daya akan selalu lebih kecil dari kebutuhan. Dalam alokasi anggaran selalu terjadi kompetisi prioritas penganggaran, sehingga tidak

ada jaminan bahwa penetapan kinerja akan menjamin tersedianya alokasi anggaran. Dalam hal ini SKN perlu menekankan pentingnya penerapan *public financial management* yaitu bagaimana meningkatkan *allocative efficiency* dan *technical efficiency*, di samping terus berupaya menggali sumber-sumber pembiayaan baru.

4. **Lima sumber pembiayaan kesehatan; yaitu pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat dan masyarakat itu sendiri.** Sumber-sumber pembiayaan ini adalah sumber pembiayaan konvensional yang selama ini sudah dimanfaatkan. Perlu ada inovasi pembiayaan ke depan, misalnya sumber pembiayaan subsistem tata kelola dapat dibiayai oleh swasta melalui sistem *contracting out* yang regulasinya sudah ada tapi belum menjadi praktik yang dilakukan di sektor kesehatan.
5. **Sumber pembiayaan yang sering luput yaitu pembiayaan kesehatan dari komunitas/ kelompok masyarakat dan pembiayaan kesehatan dari rumah tangga** yang digolongkan oleh WHO sebagai 2 dari 7 sumber pembiayaan kesehatan. Pembiayaan dari masyarakat dan rumah tangga sangat berpotensi untuk membantu pembiayaan kesehatan, syaratnya adalah adanya upaya sistematis untuk menggerakkan masyarakat (peran serta masyarakat). Pembiayaan ini dapat berupa pengeluaran yang tangible (*cost*) ataupun kegiatan langsung (*un-costed*) seperti upaya pencegahan/ promosi bahkan kuratif dan rehabilitatif. Oleh karena itu perlu ada upaya yang sistematis untuk terus menggerakkan dan meningkatkan peran serta masyarakat dimana masyarakat dapat memproduksi kesehatannya sendiri.
6. **Sistem kesehatan mampu menggali sumber-sumber pembiayaan baru.** Beberapa strategi pembiayaan kesehatan yang perlu dilakukan diantaranya:
 - Meningkatkan pembiayaan publik melalui peningkatan *government revenue* (%APBN dari PDB), reprioritisasi APBN untuk anggaran kesehatan, dan penggalan sumber pembiayaan publik (penerapan cukai terhadap produk yang membayakan kesehatan, *matching fund* APBD untuk dana transfer kesehatan, dan *alignment* dana desa untuk kesehatan)
 - Meningkatkan pembiayaan non publik melalui investasi swasta khususnya untuk infrastruktur pelayanan kesehatan, menjaga *out of pocket* bagi penduduk mampu, peningkatan dan cakupan kepesertaan dan premi JKN, peningkatan kepesertaan asuransi swasta, kontribusi masyarakat khususnya melalui edukasi dan ekosistem yang mendorong upaya promotif dan preventif mandiri, dan *public private partnership* dalam pelayanan kesehatan

- Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan publik melalui penguatan jaminan kesehatan nasional, *result-based budgeting* anggaran K/L dan anggaran transfer ke daerah, optimalisasi pemanfaatan TKDD (DAU untuk program strategis dan DAK untuk penugasan), kemandirian finansial RS pemerintah, dan fleksibilitas pemanfaatan PNBPN dan BLU RS untuk program strategis.

5.3.4. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

1. Perencanaan kebutuhan SDM

- Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan harus memperhatikan kebutuhan SDM kesehatan yang diutamakan pada setiap jenjang upaya kesehatan. Perencanaan kebutuhan dilakukan berdasarkan jenis, jumlah, dan kualifikasi dengan memperhatikan tujuan pembangunan dan kecenderungan masalah kesehatan di masa depan. Perencanaan kebutuhan ini juga harus berdasarkan pada bukti ilmiah dan didukung sistem informasi SDM kesehatan.
- Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dimulai dengan pemetaan ketersediaan tenaga kesehatan dengan sinkronisasi berbagai metode, baik jumlah yang dihasilkan, yang bekerja, mendapatkan sertifikasi dan ijin kerja, dan yang keluar dari sistem kesehatan baik pindah maupun berhenti.
- Perhitungan proyeksi untuk jangka panjang setidaknya sampai dengan 20 ke depan secara simultan meliputi produksi, pendayagunaan, dan pengembangan jenis-jenis tenaga kesehatan baru.
- Perencanaan dan proyeksi tidak hanya dilakukan untuk tenaga medis dan kesehatan baru tetapi juga ketersediaan tenaga kesehatan non-ASN (swasta, volunteer, dan lain sebagainya);
- Metode perencanaan dan proyeksi yang digunakan tidak hanya berdasarkan rasio atau standar pelayanan tetapi memperhitungkan beban kerja petugas, kebutuhan berbasis fasilitas dan berdasarkan kebutuhan epidemiologis dengan mempertimbangkan perubahan demografi dan epidemiologi yang mempengaruhi kebutuhan pelayanan, pola utilisasi pelayanan, dan jenis pelayanan akan disediakan.

2. Produksi SDM

- Produksi SDM kesehatan dalam SKN 2012 telah ditetapkan bahwa harus dilakukan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi.
- Sementara lulusan pendidikan harus memiliki standar kompetensi dan standar pendidikan sesuai dengan standar internasional.
- Penyelenggaraan produksi SDM kesehatan juga harus mengedepankan penanaman etika profesi.

- Perencanaan produksi dilakukan dengan melakukan sinergi dengan sistem pendidikan tenaga medis dan kesehatan dan mempertimbangkan wahana pendidikan baru (misalnya basis rumah sakit untuk tenaga spesialis).

3. Pendayagunaan SDM

- Dalam SKN 2012, pengaturan pendayagunaan SDM berfokus pada pendayagunaan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
- Dalam hal ini, rekrutmen, penempatan, dan jenjang karir SDM kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta.
- Program pendidikan berkelanjutan disusun antara pemerintah/pemerintah daerah bersama organisasi profesi, pelatihan SDM kesehatan diselenggarakan oleh institusi penyelenggara yang terakreditasi.
- Pendayagunaan SDM kesehatan harus memperhatikan lima indikator yaitu jumlah, kompetensi, latar belakang SDM kesehatan, lokasi penempatan yang merata, serta waktu pendayagunaan yang sensitif terhadap kebutuhan.

4. Pembinaan dan Pengawasan Mutu SDM

- SKN 2012 mengatur bahwa pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan dilakukan melalui uji kompetensi, sertifikasi, registrasi, dan pemberian izin praktik/izin kerja tenaga kesehatan. Sementara untuk tenaga kesehatan yang telah betugas, pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem karir, penggajian, dan insentif.
- Pembinaan dan peningkatan mutu SDM kesehatan harus dilakukan secara berjenjang dari kepala institusi sampai kementerian kesehatan untuk petugas pelaksana UKP, UKM, dan pengelolaan subsistem kesehatan. Fungsi dinas kesehatan sebagai supervisor yang memberikan supervisi dan pelatihan harus dibekali dengan kapasitas dan kompetensi yang mempunyai.
- Pengawasan SDM kesehatan lebih ditekankan pada pelanggaran etika/disiplin/hukum sesuai aturan yang berlaku.
- Komponen kualitas pelayanan oleh tenaga kesehatan belum banyak diatur dalam SKN 2012. Penambahan komponen ini diperlukan untuk memastikan pelayanan diberikan secara berkualitas.
- Komponen purna tugas juga tidak diatur dalam SKN 2012. Penambahan komponen ini dapat meningkatkan pemanfaatan SDM kesehatan senior yang berkualitas untuk dapat memberikan pengetahuannya (*transfer knowledge*) kepada SDM kesehatan yang baru terutama di wilayah terpencil. Situasi purna

tugas juga harus menjadi dasar pertimbangan perencanaan dan produksi SDM kesehatan secara simultan.

5. **Perlindungan dan Sistem Karir SDM**

- Kesejahteraan dan perlindungan SDM kesehatan harus menekankan bagaimana tempat kerja memberikan lingkungan kerja yang aman melalui manajemen risiko yang terprogram, penyediaan APD yang terstandar, kepesertaan jaminan sosial, serta kesejahteraan petugas dan keluarga.
- Sistem karir SDM kesehatan diperlukan dalam rangka peningkatan kapasitas dan kinerja SDM kesehatan yang lebih terstruktur. Perumusan sistem karir SDM kesehatan perlu mempertimbangkan aspek kewilayahan, dalam hal ini adanya sistem karir yang jelas dapat meningkatkan daya tarik daerah yang selama ini kurang diminati oleh SDM kesehatan.

6. Di samping pemerataan, **kualitas termasuk di dalamnya empati dan responsivitas tenaga kesehatan juga harus dipenuhi**, khususnya bagaimana sikap dan *attitude* tenaga kesehatan dan responsivitas pada hak dasar setiap individu untuk dilayani secara manusiawi dan terhormat (*dignity*). Dalam hal ini, sistem pendidikan, insentif, kondisi kerja, dan pengelolaan tenaga kesehatan menjadi faktor yang mempengaruhi kompetensi, motivasi, dan empati tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan harus dapat menjamin pemenuhan tenaga kesehatan berkualitas secara merata, termasuk interaksi dengan sistem pendidikan untuk menjamin produksi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dan sistem aparatur untuk menjamin pendayagunaan tenaga kesehatan yang tepat sasaran.

5.3.5. **Subsistem Fasilitas Kesehatan, Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan**

1. **Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Entitas fasyankes seperti puskesmas, klinik, dan RS pada dasarnya merupakan sumber daya kesehatan yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan baik UKP maupun UKM, seperti halnya tenaga kesehatan, farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Oleh karena itu, dalam konteks pengelompokan subsistem kesehatan nasional fasyankes perlu terpisah dari subsistem upaya kesehatan

a. **Fasyankes Primer.**

- i. Fasyankes primer merupakan fasyankes yang menjadi garis depan pelayanan kesehatan baik berkaitan dengan pelayanan UKM maupun UKP. Fasyankes primer fokus pada penyediaan layanan kesehatan dasar (bersifat non spesialisik). Bentuk fasyankes primer atau umumnya dikenal sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) antara lain Pusat

Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik pratama, dan tempat praktik mandiri tenaga kesehatan.

- ii. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas didukung perlu terus diperluas dalam bentuk jaringan Puskesmas antara lain Puskesmas Pembantu sampai di tingkat desa dan kelurahan yang dilengkapi dengan sarana, alat dan tenaga kesehatan serta kader kesehatan dilengkapi dengan kerangka kelembagaan, regulasi dan pembiayaan yang jelas.
 - iii. Jaringan Puskesmas tersebut juga berfungsi sebagai sarana untuk membina peran serta masyarakat dalam meningkatkan taraf hidup sehat. Pelayanan yang dilakukan yaitu pemeriksaan deteksi dini penyakit, penyuluhan, edukasi, imunisasi, pemeriksaan status gizi, dan pengobatan dasar. Selain itu, Puskesmas juga dapat memanfaatkan jejaring Puskesmas antara lain klinik swasta, Posyandu di masyarakat maupun faskes lain di wilayah kerjanya
 - iv. Pembangunan Puskesmas saat ini masih mengacu pada model prototipe dan standar yang sudah disiapkan oleh Kementerian Kesehatan. Prototipe dan standar ini perlu disesuaikan kembali dengan mempertimbangkan aksesibilitas penduduk dan kondisi geografis di wilayah yang akan dibangun, terutama pada wilayah yang hanya memiliki akses melalui jalur perairan dan wilayah pegunungan. Penyediaan lebih dari 1 Puskesmas di kecamatan juga perlu mengacu pada pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, dan aksesibilitas
- b. Fasyankes Rujukan**
- i. Fasyankes rujukan memberikan pelayanan kesehatan berupa upaya kesehatan rujukan sekunder (rujukan lanjutan) dan upaya kesehatan rujukan tersier (rujukan unggulan), baik berupa pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat.
 - ii. Bentuk RS dapat berupa RS statis, RS bergerak, atau RS lapangan. RS Lapangan merupakan RS yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu, dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai RS. Diperlukan perumusan bentuk/jenis fasyankes rujukan yang spesifik untuk daerah dengan penduduk sedikit dan daerah dengan konteks geografi khusus seperti daerah pegunungan, perairan, dan kepulauan.
 - iii. Sistem rujukan berbasis kompetensi sebagai penguatan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Sistem rujukan pelayanan kesehatan mengatur

pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal antara fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan termasuk hubungan dalam proses pemanfaatan jaminan kesehatan dalam penyelenggaraan UKP dan UKM.

c. Fasyankes Lainnya

- i. Fasyankes lainnya antara lain Unit Transfusi Darah (UTD), Laboratorium Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Tradisional. Dengan kebutuhan yang semakin kompleks, maka pemetaan ketersediaan, perencanaan pembangunan dan standar dari UTD, Labkes dan Pelayanan kesehatan tradisional perlu ditetapkan. Termasuk di dalamnya adalah pemetaan dan desain yang fasilitas pelayanan kesehatan rujukan terutama pada wilayah dengan kegagalan pasar (seperti daerah terpencil, tertinggal dan tidak diminati), baik yang di miliki oleh pemerintah maupun swasta.
- ii. Dalam upaya meningkatkan ketahanan kesehatan, pemenuhan dan pemerataan laboratorium kesehatan daerah (Labkesda) diperlukan di setiap kabupaten/kota dengan minimal standar BSL-2 untuk memperkuat kapasitas *prevent, detect, dan respond* terhadap ancaman penyakit, termasuk penyakit *emerging* yang berpotensi menjadi epidemi maupun pandemi. Penguatan kapasitas labkesda juga perlu didukung dengan mengintegrasikan seluruh labkes yang ada di Indonesia dalam satu sistem serta membangun jejaring laboratorium baik milik Pemerintah maupun swasta. Potensi Indonesia yang kaya akan jamu dan obat herbal juga dapat dioptimalkan perannya untuk penguatan pelayanan kesehatan tradisional.

2. Farmasi

- a. Obat bermutu harus tersedia di fasyankes secara tepat jenis, tepat jumlah, dan tepat waktu. Perencanaan kebutuhan obat perlu mempertimbangkan pola konsumsi obat, morbiditas, dan perhitungan efisiensi dan efektivitas pembiayaannya. Selain itu, diperlukan sistem pengadaan obat yang lebih fleksibel dimana harga obat tetap terjangkau dan dapat disediakan oleh beberapa penyedia.
- b. Sistem pengawasan obat yang komprehensif diperlukan baik saat *pre-market* (sebelum beredar) dan *post market* (setelah beredar). Pengawasan *pre-market* dilakukan sejak proses pemasukan/impor BBO, produksi (CPOB/CPOTB/CPKB/CPPOB), registrasi, hingga obat memiliki nomor izin edar (NIE). Pengawasan *post-market* antara lain adalah inspeksi sarana produksi, sarana distribusi, dan sarana pelayanan. Selain itu mencakup monitoring iklan dan promosi, cega tangkal dan penindakan. Saat ini

pengawasan baru berfokus pada obat dengan NIE di sarana yang telah teregulasi. Ke depan, hal ini perlu diperkuat dengan mencakup obat tanpa NIE dan sarana yang belum teregulasi termasuk sarana peredaran online. Penguatan sistem farmakovigilans dan penatagunaan antimikroba juga diperlukan untuk penguatan sistem pengawasan obat.

- c. Di samping menjamin ketersediaan, mutu, keamanan, dan penggunaan yang rasional, subsistem ini juga perlu menjamin kemandirian farmasi dan alat kesehatan. Dalam kondisi tertentu seperti kedaruratan kesehatan, jaminan terhadap akses komoditas farmasi dan alat kesehatan yang tidak terputus menjadi hal yang penting. Dalam hal ini, subsistem ini perlu memastikan kemandirian farmasi dan alat kesehatan tanpa bergantung pada pasokan dari luar negeri. Penguatan kebijakan kesehatan untuk mendukung produksi BBO dalam negeri perlu dilakukan penetapan prioritas secara lebih sistematis dan menyeluruh dengan memperhatikan kebutuhan obat prioritas *fast-moving* dengan kesiapan produksi lokal BBO. Diperlukan kebijakan kesehatan yang mendukung berkembangnya produksi BBO dengan menentukan daftar BKD-F/*intermediate* prioritas. Selain itu pemerintah perlu mengembangkan rencana strategis dan *roadmap* menuju kemandirian BKD-F sesuai dengan dengan BBO prioritas. Sektor industri kimia, utamanya industri kimia hulu perlu dipersiapkan dengan mempertimbangkan pohon industri kimia dan fasilitas untuk transfer teknologi dan pendekatan ke pasar global.
- d. Ada beberapa peranan esensial yang perlu dilakukan oleh pemerintah dalam penyediaan farmasi yaitu:
 - Memastikan bukti ilmiah tentang efikasi, efektivitas dan keamanan dalam proses inovasi
 - Memastikan CPOB diterapkan dalam proses produksi, baik oleh industri swasta maupun pemerintah
 - Pemerintah sudah menjalankan fungsinya dalam produksi obat esensial yang tidak menarik bagi pihak produsen swasta
 - Mengeluarkan izin edar bahan farmasi/alkes
 - Menilai isi pemasaran apakah sesuai dengan bukti ilmiah, dan tidak berisi pesan-pesan palsu/menyesatkan yang merugikan masyarakat
 - Merencanakan kebutuhan obat (misalnya dalam sistem RKO bagi institusi pelayanan pemerintah, misalnya dengan menggunakan DOEN dan e-catalog)
 - Melaksanakan pengawasan *post market* farmalkes
 - Pemantauan penggunaan farmasi/alkes secara rasional
 - Pemantauan efek samping penggunaan farmalkes

Sub-sistem farmasi, alkes, keamanan makanan/minuman					
		Innovasi, penemuan	Produksi	Pemasaran	Integrasi dlm pelkes
	Norma subfungsi Farmasi/alkes	Bukti ilmiah, efficacy, efektif, aman (safety)	Izin produksi, CPOB, produksi obat esensial yg "not profitable" oleh pemerintah	Izin edar, Review isi pesan, perlindungan kosumer, etika marketing	Kemanusiaan, cost effective (HTA) penggunaan rasional, pemantauan efek samping,
1	Khasiat dan mutu	√			
2	Keamanan	√			√
3	Ketersediaan		√		√
4	Pemerataan		√	√	
5	Keterjangkauan		√		√
6	Obat esensial		√		√
7	Perlindungan thd penggunaan yg salah			√	√
8	Perlindungan thd penyalahgunaan			√	√
9	Penggunaan yang rasional				√
10	Kemandirian kefarmasian	√	√		
11	Pemanfaatan sumberdaya dalam negewri	√	√		
	AKTOR/PELAKU	Institusi penelitian Pemerintah	Industri swasta & Pemerintah	Distributor Pemerintah	Pemerintah, institusi Pelayanan keshtn

3. Makanan/ Pangan

- a. Sistem pengawasan pangan asal hewan, tumbuhan, dan perikanan baik segar maupun olahan (siap saji dan kemasan) perlu diperkuat baik pada saat *pre-market* maupun *post-market*. Saat ini pengawasan *post-market* baru berfokus pada pangan dengan NIE di sarana yang telah teregulasi. Ke depan, hal ini perlu diperkuat dengan mencakup pangan tanpa NIE dan sarana yang belum teregulasi termasuk sarana peredaran *online*.
- b. Perlu dibentuk kerangka kelembagaan sistem pengawasan pangan dengan mekanisme koordinasi yang efektif mengimplementasikan sistem surveilans pangan yang komprehensif dan manajemen KLB pangan yang efektif.
- c. Beberapa isu strategis yang berpotensi menjadi tantangan ke depan dalam keamanan pangan adalah perubahan iklim, pendekatan *one-health*, resistensi antimikroba, perkembangan teknologi baru untuk proses produksi pangan, perkembangan jenis kontaminan baru, perkembangan sumber-sumber pangan baru, dan perkembangan perdagangan internasional.

5.3.6. Subsistem Tata Kelola

1. Tata kelola menjadi subsistem tersendiri untuk menekankan pentingnya tata kelola implementasi SKN agar operasional di lapangan.
2. Hal baru yang perlu dipertimbangkan dalam rumusan subsistem tatakelola tersebut, yaitu:
 - Penyusunan kebijakan yang terdiri dari regulasi dan perencanaan,
 - Tata kelola berorientasi tujuan (*objective oriented management*),
 - Proses administrasi/manajemen dalam konteks desentralisasi,

- Tata kelola intervensi pelayanan kesehatan
- SKN dan Sistem Kesehatan Daerah
- Restrukturisasi dan tata kelola desentralisasi kesehatan
- Tata kelola hubungan antar subsistem dan advokasi dan hubungan dengan sistem lain

3. Tata kelola intervensi pelayanan kesehatan

Kerangka kerja WHO 2016 terkait pelayanan kesehatan terintegrasi menekankan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan berbasis penyakit dan institusi kesehatan menyebabkan terjadinya fragmentasi dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, sehingga tidak lagi sesuai untuk mengatasi tantangan kesehatan saat ini. Upaya promotif dan preventif yang menjadi bagian dari pelayanan kesehatan primer harus terintegrasi dengan upaya kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, unsur edukasi dalam upaya promotif juga harus mempromosikan pentingnya menjaga kesehatan (*self care*). Pelayanan primer harus mudah dijangkau oleh masyarakat, dan memiliki pola hubungan fungsional dengan pelayanan sekunder dan tersier berbasis masing-masing wilayah agar pelayanan kesehatan secara komprehensif menghasilkan pelayanan yang berkualitas dan responsif.

4. **Sistem Kesehatan Daerah**

Pengaturan untuk menugaskan pemerintah daerah menyusun sistem kesehatan yang menyesuaikan dengan kebutuhan kesehatan di daerah. Di daerah perkotaan dengan jumlah FKTP yang adekuat, Puskesmas dapat lebih fokus dalam menjalankan fungsi dan aktivitas UKM. Aktivitas UKP dapat diselenggarakan oleh FKTP, baik milik swasta maupun pemerintah. Namun, penyelenggaraan layanan kesehatan seperti ini memerlukan pengaturan lebih detail. Hubungan antara FKTP pemerintah dan swasta di bawah koordinasi Dinas Kesehatan dan Puskesmas harus diuraikan secara jelas dalam satu kesatuan sistem.

Delapan elemen tujuan program kesehatan harus ditentukan oleh daerah. Penentuan tujuan berupa indikator-indikator kinerja pembangunan kesehatan selama ini ditentukan oleh daerah dalam dokumen RPJMD dan Renstra Kesehatan. Demikian juga fungsi pimpinan (manajer) pengelolaan subsistem di daerah tidak mungkin dilaksanakan oleh pemerintah pusat.

Dari uraian di atas, terdapat alasan kuat perlunya disusun dan ditetapkan sebuah SKD (Sistem Kesehatan Daerah) dengan:

- Format dan struktur yang sama dengan SKN.
- Penentuan tujuan, kepemimpinan dan penyusunan substansi setiap subsistem SKD bersifat “*local specific*”, namun sinkron dengan target-target SKN (tingkat nasional)
- Kebijakan umum tentang setiap subsistem SKD juga harus sinkron dengan SKN
- Pusat dan Provinsi melakukan “binwasdal” kepada daerah mengenai semua elemen SKD (tujuan dan pengelolaan subsistem SKD)
- Provinsi memantau kinerja SKD seseuai dengan Pasal 68 UU 23/2014 tentang Pemerintah Daerah terkait tugas Gubernur memantau dan menilai kinerja daerah.

5. Penguatan fungsi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota

- Fungsi pemerintah pusat (kementerian kesehatan) adalah *steering* dan *rowing*. Pemerintah pusat harus menetapkan regulasi teknis, menyusun NSPK, mengembangkan program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematis sampai tingkat provinsi secara eksplisit;
- Fungsi pemerintah provinsi (dinas kesehatan provinsi) adalah eksekutor serta perpanjangan tangan pemerintah pusat. Maka, provinsi harus dapat menyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya serta menyusun program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematis untuk seluruh kabupaten/kota di dalam provinsi;
- Fungsi pemerintah kabupaten/kota (dinas kesehatan kabupaten) adalah eksekutor yang menjalankan fungsi desentralisasi sepenuhnya. Dinas kesehatan harus mampu menyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya untuk menjamin seluruh kewenangan yang dilimpahkannya dapat terlaksana. Dinas kesehatan juga harus bertanggung jawab atas pelaksanaan seluruh UPT di wilayah kerjanya dengan melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian dari desa, kecamatan, sampai kabupaten/kota;
- Pengaturan pembagian kewenangan di atas diikuti dengan pengaturan tata kelola organisasi antara kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, Dinas Kesehatan kab/kota, lembaga vertikal, dan UPT harus dijelaskan secara detail sebagai penerjemahan dari PP No. 18/2016. Dalam hal pelaksanaan fungsi dekonsentrasi di provinsi, Kementerian Kesehatan dapat menempatkan petugas kementerian kesehatan untuk bertugas di kantor pemerintahan/dinas kesehatan provinsi sebagai wakil pemerintah pusat sehingga tugas dekonsentrasi ini dilaksanakan oleh staf Kementerian kesehatan di provinsi sedangkan staf dinas kesehatan provinsi fokus pada pelaksanaan program/upaya yang dilimpahkan kepadanya.

- Pengaturan standar kapasitas yang harus dimiliki oleh kepala dinas kesehatan beserta jajarannya dan pimpinan UPT. Misalnya dinas kesehatan sebagai Pembina UPT, termasuk rumah sakit, harus memiliki pemahaman mengenai manajemen dan administrasi rumah sakit seperti manajemen keuangan rumah sakit. Hal ini penting untuk menghindari adanya penetapan kepala dinas kesehatan yang tidak memiliki latar belakang kesehatan dan hanya dipengaruhi pertimbangan politik.
6. Restrukturisasi pembagian kewenangan kesehatan antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam hal:
- Kondisi tertentu diperlukan upaya untuk memastikan terlaksananya pembangunan kesehatan yang memerlukan restrukturisasi kewenangan, misal pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, proporsi kewenangan pusat diperbesar.
 - Kondisi kedaruratan kesehatan, perlu terdapat mekanisme khusus untuk pembagian kewenangan di bidang kesehatan, sehingga pengambilan keputusan lebih cepat.
 - Kebijakan afirmatif pada provinsi atau kabupaten/kota yang tidak memiliki kapasitas dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang didesentralisasikan.
7. Tata Kelola hubungan antar subsistem dan hubungan dengan sistem lain
- Penyelenggaraan SKN perlu memperhatikan dinamika sosial budaya, agama, politik, ekonomi, keuangan, pendidikan, aparatur dan birokrasi, keamanan, pangan dan pertanian, lingkungan, dan infrastruktur yang mempengaruhi pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, tata kelola SKN perlu berperan dalam mengatur hubungan antar subsistem dan hubungan dengan sistem lain antara lain
- Membangun mekanisme koordinasi baik dalam perencanaan, pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan yang melibatkan berbagai subsistem strategis berdasarkan intervensi atau program utama
 - Membangun sistem kelembagaan yang dapat mengkoordinasikan sinergi dan menjamin langkah gerak setiap upaya dalam subsistem untuk pencapaian tujuan bersama sistem kesehatan
 - Mengembangkan sistem informasi sebagai kelengkapan utama koordinasi antar subsistem

5.3.7. Subsistem Peran Serta Masyarakat

1. Nomenklatur subsistem diubah menjadi peran serta masyarakat agar dapat menekankan bahwa adanya aspirasi sebagai individu untuk hidup sehat dan juga individu sebagai produsen kesehatan.
 - Peran serta masyarakat juga tidak hanya dibatasi pada pelaksanaan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), namun juga pendanaan terhadap upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, advokasi lintas sektor, dan perbaikan elemen determinan sosial di masyarakat.
 - Peran pemerintah desa dan masyarakat diperlukan dalam menjamin kesinambungan pelaksanaan UKBM, termasuk di dalamnya dukungan untuk pengerahan kader kesehatan.
 - Masyarakat dalam arti luas juga mencakup swasta dan organisasi masyarakat yang menempatkan masyarakat sebagai target utama penerima manfaat. Swasta dan organisasi masyarakat dapat berperan sebagai penyedia pelayanan kesehatan (RS dan klinik) dan penggerak masyarakat termasuk dalam hal perubahan perilaku dimana masyarakat sebagai target utama penerima manfaat.

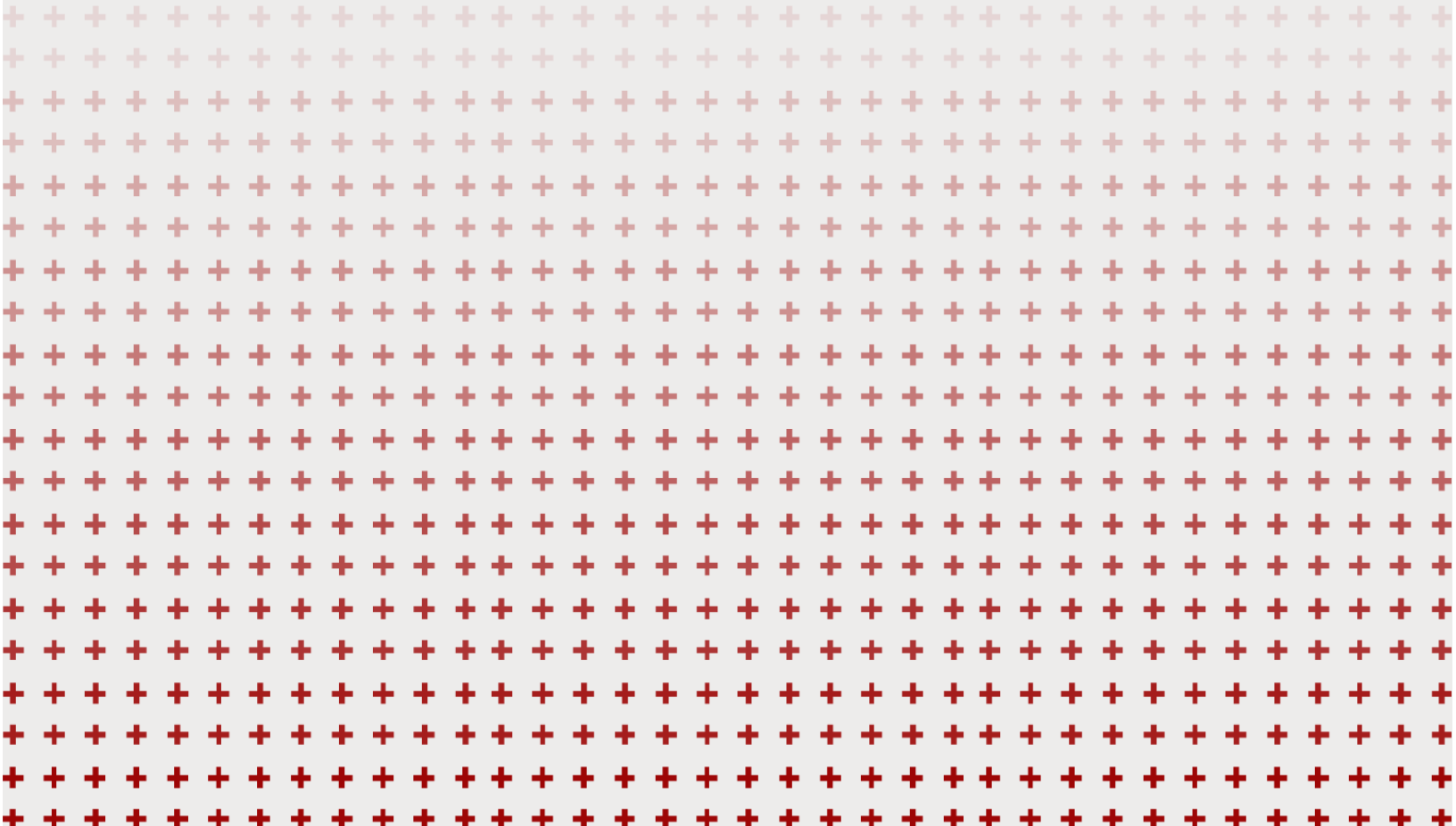
2. Strategi dan aksi untuk mendorong upaya kesehatan menjadi lebih ke hulu:
 - **Enable**, yaitu memberikan kesempatan dan sumber daya yang merata kepada semua segmen masyarakat, sehingga masyarakat mampu mewujudkan kesehatan. Ini termasuk misalnya akses pada informasi, memberikan "*life skill*" dan kesempatan menentukan pilihan bagaimana memelihara dan membangun kesehatan. Kesempatan, informasi dan *life skill* tersebut harus diberikan secara adil kepada kaum perempuan dan laki-laki.
 - **Mediasi**, yaitu upaya mengkoordinasikan seluruh aksi dari berbagai pihak (pemerintah, lintas sektor, komunitas, organisasi lokal, industri, serta media) untuk mencapai tujuan bersama membangun kesehatan masyarakat.
 - **Advokasi**, yaitu upaya untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak agar tercipta lingkungan sosial, ekonomi, politik, budaya, dan perilaku yang berpengaruh pada peningkatan status kesehatan. Intinya adalah membuat kebijakan dan kegiatan semua sector dan semua pihak mempertimbangkan kesehatan (*health in all policy*).

3. Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam lima kegiatan:
 - Membangun kapasitas individu (*Develop personal skills*)
 - Memperkuat aksi komunitas (*Strengthen community action*)
 - Membentuk lingkungan yang suportif (*Create supportive environment*)
 - Menetapkan kebijakan berwawasan kesehatan (*Build healthy public policy*)
 - Reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient health services*)

4. Peran serta pada dasarnya membuka peluang seluas-luasnya kepada masyarakat untuk ikut serta dan menentukan perannya dalam (i) UKM dan UKP, (ii) menyediakan fasilitas untuk UKM dan UKP, (iii) penyediaan SDM kesehatan, (iv) penyediaan farmasi/alkes, (v) penyediaan pembiayaan kesehatan baik berupa iuran asuransi maupun OOP dan (vi) memberikan data/infomasi berkaitan dengan kesehatan, misalnya dalam kegiatan surveillans berbasis masyarakat.
5. Pemberdayaan masyarakat adalah kegiatan berupa (i) pembinaan kemampuan atau kompetensi masyarakat dibidang kesehatan, misalnya pembinaan kader kesehatan, (ii) bantuan finansial dan fisik kepada masyarakat untuk kegiatan kesehatan, (ii) pendampingan bagi masyarakat dalam kegiatan kesehatan. Semua itu bisa dilakukan oleh institusi pemerintah (Puskesmas, Dinas Kesehatan, RSUD) dan/atau institusi sosial kemasyarakatan, atau institusi korporasi swasta.
6. Dinas Kesehatan dan Puskesmas adalah ujung tombak pelaksanaan subsistem peranserta/pemberdayaan masyarakat. Sebabnya karena desain dan bentuk kegiatan peran serta dan pemberdayaan masyarakat harus responsif pada budaya setempat (*cultural bound*) dan Dinkes bersama Puskesmas cukup dekat dengan masyarakat. Dengan demikian subfungsi peran serta dan pemberdayaan masyarakat akan beragam mengikuti ragam konteks daerah yang sangat banyak. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat dengan demikian terhindar dari *fallacy* "one fit all" model.

6

Interkoneksi SKN



6. INTERKONEKSI SKN

6.3. KETERKAITAN ANTAR SUBSISTEM SKN

Hal yang sangat penting dalam pelaksanaan suatu sistem adalah menjaga dan memastikan proses internal masing-masing subsistem berorientasi pada pencapaian tujuan. Demikian juga, antara subsistem terjalin interaksi saling mendukung. Bahasan tentang kedua isu tersebut sebetulnya bagian dari subsistem tata kelola. Namun dalam *review* ini dibahas tersendiri.

Salah satu kelemahan dalam penyelenggaraan sistem kesehatan adalah ketidakjelasan bagaimana subsistem berkontribusi pada tujuan (*output* dan *outcome*). Dalam teori dan praktik perencanaan - hubungan antara subsistem (*input*) dengan upaya (proses) dan *output* serta *outcome* dibuat jelas dengan menyusun “*logical framework*” (Reinke William A., 1988). Kelemahan lain adalah fragmentasi pengelolaan subsistem yang sebetulnya saling berkorelasi dan berinteraksi. Kedua masalah tersebut dibahas berikut ini.

6.3.1. Pengelolaan subsistem beorientasi tujuan

Dalam bahasan tentang subsistem SKN, telah disampaikan bagaimana proses internal masing-masing subsistem. Yang belum digarisbawahi adalah bahwa proses internal tersebut pada akhirnya harus bermuara pada pencapaian tujuan. Memang betul hubungan sebab akibat antara subsistem dengan tujuan - khususnya *outcome* - tidak selalu linear dan pasti. Misalnya hubungan subsistem dengan *outcome* (peningkatan derajat kesehatan, pemerataan, responsif, perlindungan finansial dan efisiensi); banyak faktor-faktor lain yang berpengaruh, yaitu faktor di luar subsistem tersebut. Studi di Kerala, India 4 dekade yang lalu adalah contoh klasik yang menemukan bahwa *outcome* kesehatan (kematian ibu) paling utama dipengaruhi oleh pendidikan perempuan yang tinggi di negara bagian termiskin di India pada waktu itu. Namun demikian; adanya faktor luar tersebut (*confounding factor*) bukan berarti bawa pengelolaan subsistem boleh bebas dari tujuan (*outcome*) yang hendak dicapai.

Agak berbeda dengan pencapaian *output* (akses, cakupan, mutu dan keamanan pelayanan), kontribusi subsistem bisa lebih bisa dijelaskan dengan landasan teori (akademik) dan pengalaman empiris. Pengadaan vaksin yang cukup dan sesuai standar di Posyandu misalnya, akan berpengaruh pada *akses* dan *cakupan* IDL, pada *mutu* dan *keamanan* program vaksinasi. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa proses internal setiap subsistem harus berorientasi pada tujuan, baik *output* maupun

outcome. Secara menyeluruh, dalam matriks berikut disampaikan kerangka analisis untuk menjelaskan bagaimana setiap subsistem berkontribusi terhadap 8 tujuan SKN.

Sebagai contoh, pemerintah menaikkan jumlah anggaran BOK dari Rp 6,4T pada tahun 2021, menjadi 7,9 T pada tahun 2022 dan kemudian naik lagi menjadi 8,2T pada tahun 2023. Kenaikan alokasi BOK bukan tanpa tujuan. Berpedoman pada matriks di atas dapat dijelaskan apa kontribusi kenaikan dana BOK tersebut untuk meningkatkan *output* SKN dan tentunya juga *outcome* SKN. Dengan pendekatan “*logical framework*” dampak BOK tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- (1) BOK adalah dana operasional untuk Puskesmas melaksanakan UKM, termasuk biaya operasional Puskesmas mendukung kegiatan Posyandu, dimana kegiatan imunisasi dilaksanakan
- (2) Dengan demikian BOK akan meningkatkan akses dan cakupan imunisasi (dua indikator *output*).
- (3) Tetapi BOK belum tentu meningkatkan mutu dan keamanan vaksin. Dua indikator ini lebih dipengaruhi subsistem farmasi dan subsistem upaya/fasilitas kesehatan (misalnya mutu “*cold chain*”)
- (4) Apakah kenaikan BOK tersebut akan meningkatkan derajat kesehatan? Jawabannya bisa “iya” tetapi turunnya prevalensi PD3I tidak semata-mata karena cakupan imunisasi.
- (5) Apakah kenaikan BOK meningkatkan pemerataan? Jawabannya “iya”, karena dengan alokasi BOK ke semua Puskesmas (sejumlah 10.300 Puskesmas) diasumsikan akan meningkatkan penurunan PD3I secara lebih merata.
- (6) Apakah BOK meningkatkan “responsivitas”? Kemungkinan besar “tidak”, karena indikator “responsivitas” lebih dekat dengan ketrampilan dan kompetensi SDM di Puskesmas. Jadi dalam hal ini responsivitas lebih banyak menjadi urusan subsistem SDM dan subsistem pelayanan kesehatan, bukan subsistem pembiayaan.
- (7) BOK tentu memberikan “perlindungan finansial” karena imunisasi di Posyandu memang diberikan gratis.
- (8) Yang terakhir, BOK bisa meningkatkan efisiensi, karena BOK mendukung upaya promotif dan preventif, yang lebih murah daripada pengobatan karena PD3I.

Ilustrasi di atas tentang BOK (subsistem pembiayaan) adalah satu contoh bagaimana menelaah hubungan logis antara subsistem pembiayaan dengan tujuan SKN. Bagaimana kalau BOK dipergunakan untuk akreditasi Puskesmas, seperti terjadi dengan dana BOK tahun 2018-2019? Apa kontribusi akreditasi Puskesmas untuk tujuan *output* dan *outcome* SKN? Telaahan demikian bisa juga dilakukan untuk dana BOK yang dipergunakan untuk “biaya ambil obat” ke Kabupaten?

Kesimpulannya, dalam rumusan SKN, perlu disebutkan bahwa setiap subsistem SKN harus berorientasi tujuan (*output and outcome oriented*).

6.3.2. Interaksi dinamis antara subsistem

Sesuai dengan definisi sistem, yaitu “*suatu tatanan yang terdiri dari elemen (subsistem) yang berinteraksi secara dinamis*”, maka dalam menyelenggarakan sistem kesehatan, interaksi antara subsistem tersebut harus diperhatikan. Subsistem sistem kesehatan tidak ada yang bisa berdiri sendiri. Misalnya peningkatan mutu ANC di Puskesmas dengan meningkatkan frekuensi ANC menjadi 6 kali dan disertai dengan pengadaan USG pada ANC terakhir, akan membawa implikasi terhadap subsistem pembiayaan (belanja barang modal dan operasional) dan juga terhadap subsistem SDM (meningkatkan kompetensi staf Puskesmas untuk menggunakan USG dan melakukan tindak lanjut apabila ditemukan kelainan kehamilan menjelang partus).

Contoh berikutnya adalah memperbanyak Pustu sampai tingkat desa (subsistem pelayanan) dalam rangka meningkatkan akses, cakupan dan mutu pelayanan dasar. Kebijakan ini jelas berimplikasi pada subsistem lain. Terhadap subsistem SDM implikasinya adalah penempatan SDM (perawat) di “Pustu” tersebut. Terhadap subfungsi pembiayaan, implikasinya adalah ketersediaan (i) dana “*start up*” untuk penyediaan lahan dan mendirikan gedung/peralatan dan selanjutnya (ii) dana biaya operasional Pustu tersebut. Contoh ini menunjukkan perlunya pengelolaan subsistem SKN secara terintegrasi, tidak terfragmentasi. Untuk pelaksanaan subsistem secara terintegrasi tersebut, matriks berikut bisa menjadi pedoman.

Tabel 6.1. Matriks Interaksi Dinamis Antara Subsistem SKN

	Upaya Kesehatan	Informasi, Pengetahuan, dan Teknologi	Pembiayaan Kesehatan	SDM Kesehatan	Fasyankes, Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan Makanan	Tata Kelola Sistem Kesehatan	Peran Serta Masyarakat
Upaya Kesehatan		★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★
Informasi, Pengetahuan, dan Teknologi			★★	★★	★★★★	★★	★★
Pembiayaan Kesehatan				★★★★	★★★★	★★★★	★★★★
SDM Kesehatan					★★	★★★★	★★
Fasyankes, Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan Makanan						★★	★★
Tata Kelola Sistem Kesehatan							★★★★
Peran Serta Masyarakat							

Setiap subsistem pada umumnya dikelola oleh unit yang khusus dengan kewenangan pada perencanaan, penganggaran, dan penetapan agenda. Proses interaksi antar subsistem dilakukan untuk menjaga koherensi dan sinergi mendukung pencapaian *output* dan *outcome*. Perlu adanya pengaturan dan mekanisme koordinasi baik melalui penetapan lembaga/unit koordinasi maupun regulasi dan perencanaan serta *monev* bersama. Perencanaan, penganggaran, pemantauan, dan evaluasi setiap subsistem harus dimulai dengan penetapan tujuan yang mengacu pada tujuan (*output* dan *outcome*) yang diwujudkan melalui RPJPN, RPJMN, RKP, dan Renja K/L.

Sehubungan dengan pengelolaan subsistem SKN, perlu disebutkan hal-hal sebagai berikut:

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan setiap subsistem SKN harus berorientasi pada tujuan, yaitu *output dan outcome* sistem kesehatan
- (2) Pelaksanaan subsistem SKN harus terintegrasi, tidak boleh terfragmentasi. Transformasi pada satu subsistem akan berimplikasi terhadap subsistem lain.

6.4. KETERKAITAN SKN DENGAN SISTEM LAIN

Penyelenggaraan SKN dalam pembangunan kesehatan tidak terlepas dari sektor lainnya. Penyelenggaraan SKN perlu memperhatikan dinamika sosial budaya, agama, politik, ekonomi, keuangan, pendidikan, aparatur dan birokrasi, keamanan, pangan dan pertanian, lingkungan, dan infrastruktur yang mempengaruhi pembangunan kesehatan. Jika kita abaikan kebijakan di luar sektor kesehatan tersebut, maka implementasi kebijakan kesehatan tidak akan optimal dan dapat terjadi kebijakan sektor lain berkontradiksi dan menghambat pembangunan kesehatan.

Tabel 6.2. Keterkaitan SKN dengan Sistem Lainnya di Luar Kesehatan

Sektor	Keterkaitan dengan SKN
Sosial Budaya	<ul style="list-style-type: none"> • Pola hidup sehat perlu menjadi budaya dalam kehidupan masyarakat, seperti pemenuhan gizi 1000 pada hari pertama kehidupan (1000 HPK). • Peningkatan literasi kesehatan masyarakat untuk mendorong masyarakat berperan aktif mewujudkan kesehatan pribadi dan orang di sekitar, termasuk penggunaan obat rasional dan kesadaran terhadap keamanan pangan. • Masyarakat terlibat aktif dalam pembangunan kesehatan, seperti keterlibatan sebagai kader posyandu, pengawas minum obat tuberkulosis, dan <i>outreach</i> penyakit. • Masyarakat Indonesia memiliki modal sosial yang sangat kuat yang dapat mendukung partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. • Status sosial ekonomi masyarakat merupakan determinan yang sangat kuat bagi status kesehatan, oleh karena itu perlu adanya keberpihakan pembangunan kesehatan pada kelompok sosial ekonomi yang rendah. • Struktur pekerjaan dan kebiasaan dalam bekerja yang mempengaruhi produktivitas dan kesehatan
Agama	<ul style="list-style-type: none"> • Pelibatan tokoh agama dalam menyukseskan program kesehatan, termasuk pelaksanaan vaksinasi. • Mendorong pengembangan sediaan farmasi dan makanan halal. • Pengamalan nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-hari, seperti mendorong perilaku hidup bersih dan sehat sebagai bagian dari kehidupan bermasyarakat.
Politik	<ul style="list-style-type: none"> • Komitmen kebijakan dan anggaran pada tataran politik dapat berpengaruh terhadap keberhasilan penyelenggaraan SKN. • Kebijakan politik perlu mendukung agenda prioritas pembangunan kesehatan dan mendorong pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. • <i>Buy in</i> kebijakan kesehatan pada tingkat pimpinan tertinggi di pusat dan daerah, termasuk pada kondisi kedaruratan kesehatan.

Sektor	Keterkaitan dengan SKN
	<ul style="list-style-type: none"> • Keberpihakan lembaga legislatif di pusat dan daerah pada kebijakan yang mendukung peningkatan kesehatan masyarakat, terutama melalui pendekatan kerangka regulasi. • Mendorong kerjasama dan diplomasi pembangunan kesehatan di tingkat regional dan global.
Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Pengendalian konsumsi dan peredaran produk yang memberikan dampak negatif terhadap kesehatan, termasuk dengan penerapan cukai dan penerapan inovasi pajak untuk tembakau dan pencantuman label peringatan berbahaya kesehatan pada makanan dan minuman. • Jaminan dan perlindungan terhadap produk kesehatan dalam negeri seperti bahan baku obat yang tidak mampu bersaing dengan bahan baku obat impor dalam hal harga. • Kebijakan perdagangan dan kerjasama internasional yang mempermudah akses komoditas tertentu ketika sangat diperlukan, misalnya vaksin dan obat ketika terjadi kedaruratan kesehatan. • Arah pengembangan industri kimia hulu dan hilir yang mendukung kemandirian farmasi, termasuk penetapan komoditas prioritas industri kimia hulu dan hilir, kebijakan relaksasi dan subsidi, dan kebijakan TKDN. • Kapasitas industri untuk memproduksi obat, vaksin, dan alat kesehatan sesuai kebutuhan dalam negeri. • Inovasi industri pangan dalam memproduksi pangan sehat dan terjangkau.
Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> • Keberpihakan kebijakan penganggaran pusat dan daerah untuk pemenuhan kebutuhan anggaran kesehatan. • Pemanfaatan cukai dan inovasi pajak untuk pembangunan kesehatan. • Peningkatan kemandirian pembiayaan rumah sakit. • Penggalan sumber pendanaan baru untuk kesehatan.
Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • Institusi pendidikan sebagai lembaga yang berperan penting dalam produksi tenaga kesehatan perlu pemerataan standar dan kualitas lulusannya. • Pembukaan dan perluasan serta pembatasan kuota program studi (prodi) tertentu perlu menyesuaikan dengan kebutuhan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, misal: prodi ahli teknologi laboratorium medik (ATLM) yang saat ini banyak kekosongan di sebagian besar fasilitas kesehatan perlu diperluas. • Institusi pendidikan perlu bekerjasama dengan RS termasuk RS pendidikan sebagai penyelenggara utama pendidikan dokter spesialis dan dokter sub spesialis untuk meningkatkan produksi dokter spesialis dan sub spesialis tersebut. • Pemberian beasiswa/bantuan pendidikan dengan penempatan kepada putra/putri daerah terutama di daerah yang tertinggal dan tidak diminati dalam pemilihan penempatan tenaga medis dan tenaga kesehatan. • Institusi pendidikan sebagai lembaga untuk meningkatkan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan.

Sektor	Keterkaitan dengan SKN
	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong untuk terlaksananya riset untuk pengembangan produk, teknologi, dan inovasi pelayanan kesehatan, serta mendorong perumusan kebijakan berbasis bukti.
Aparatur dan Birokrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan kuota rekrutmen SDM kesehatan dalam pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masing-masing daerah. • Penyusunan skema yang memungkinkan pemerataan tenaga medis dan tenaga kesehatan, termasuk skema redistribusi antar wilayah. • Pengembangan skema gaji, renumerasi, dan insentif bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan. • Pengembangan sistem karir bagi SDM kesehatan. • Perlindungan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas.
Keamanan	<ul style="list-style-type: none"> • Jaminan perlindungan tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas terutama di daerah rawan konflik. • Pengerahan sumber daya untuk mendukung pelayanan kesehatan saat terjadi kedaruratan.
Pangan dan Pertanian	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan pangan beragam dan bergizi bagi masyarakat. • Pengawasan keamanan pangan segar. • Kebijakan yang mendukung kesehatan seperti diversifikasi tanaman pertanian seperti tembakau ke komoditas lain. • Kepemimpinan terkait kesehatan hewan untuk mewujudkan <i>one health</i>, terutama pengendalian penyakit hewan dan pencegahan <i>foodborne diseases</i>.
Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengendalian kualitas udara, air, dan tanah untuk mengurangi kesakitan akibat faktor lingkungan. • Mewujudkan kebersihan lingkungan (<i>hygiene</i>) dan sanitasi • Lingkungan perlu mendukung masyarakat untuk dapat hidup sehat. • Mitigasi dan adaptasi terhadap dampak perubahan iklim pada sektor kesehatan. • Rekayasa lingkungan untuk mencegah munculnya vektor penyakit.
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan jalan, listrik, dan internet untuk pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan. • Penyediaan tata kota, sarana prasarana termasuk konektivitas transportasi, ruang terbuka, fasilitas aktivitas fisik dan olahraga, serta permukiman yang mendukung hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. B., Almuhairi, S., Behraves, C. B., Bilivogui, P., Bukachi, S. A., Casas, N., Becerra, N. C., Charron, D. F., Chaudhary, A., Ciacci Zanella, J. R., Cunningham, A. A., Dar, O., Debnath, N., Dungu, B., Farag, E., Gao, G. F., Hayman, D. T. S., Khaita, M., Koopmans, M. P. G., ... Zhou, L. (2022). One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*, 18(6). <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>
- Ali, P. B., Solikha, D. A., Setiawan Ery, Nadjib Mardiaty, Hafidz Firdaus, Thalagala Neil, Lang Elise, Dutta Arin, Silva Ricardo, Cantelmo Catherine, & Stein Dorit. (2020). *Cost to Achieve Indonesia's Mid-Term Development Plan (RPJMN) 2020-2024 Targets: A Primary Healthcare Costing Approach Using the One Health Tool*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian PPN/Bappenas.
- G20. (2022). *Bali Leaders' Declaration 2022*.
- Gani, A. (2015). *Perspektif Puskesmas sebagai Pembina Kesehatan Wilayah*.
- Gani, A. (2023). *Short Note Pelayanan Kesehatan Public Hearing RUU Kesehatan*.
- Kementerian Dalam Negeri. (2006). *Permendagri No.13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah*. Kementerian Dalam Negeri RI.
- Kementerian Kesehatan. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 374/MENKES/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*.
- Kementerian Kesehatan. (2019a). *National Action Plan for Health Security (NAPHS) Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2019b). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. www.peraturan.go.id
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*.

- Kementerian Kesehatan. (2023). *Evaluasi BOK Puskesmas Tahun Anggaran 2022 (unpublished)*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Analisis Belanja Kesehatan Dalam NHA 2019*.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2021a). *Studi Komparasi Pembelajaran Penanganan Covid-19 Indonesia-Korea Selatan*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2021b). *Studi Pembelajaran Penanganan Covid-19 Indonesia*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2022). *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedepujian Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.
- Kleczkowski, B. M., Roemer, M. L., & Der Werff, A. Van. (1984). *National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All: Guidance for policy-making*. World Health Organization.
- McGowan, C. R., Takahashi, E., Romig, L., Bertram, K., Kadir, A., Cummings, R., & Cardinal, L. J. (2022). Community-based surveillance of infectious diseases: A systematic review of drivers of success. In *BMJ Global Health* (Vol. 7, Issue 8). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>
- Menteri Dalam Negeri RI. (2021). *Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 28 tahun 2021 tentang Pencatatan Pengesahan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah*.
- Pemerintah Indonesia. (1999). *UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah*. Menteri Negara Sekretaris Negara Republik Indonesia.
- Pemerintah Indonesia. (2004). *UU No. 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional*. Sekretaris Negara Republik Indonesia.

- Pemerintah Indonesia. (2009). *UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI.
- Pemerintah Indonesia. (2012). *Lampiran Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional*.
- Pemerintah Indonesia. (2014). *UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah*. Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.
- Pemerintah Indonesia. (2016). *Peraturan Pemerintah RI No. 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.
- Pemerintah Indonesia. (2022). *UU No. 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*. Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI.
- Reinke William A. (1988). *Health Planning for Effective Management*. Oxford University Press.
- Rondinelli, D. A. (1981). Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*, 47(2), 133–145. <https://doi.org/10.1177/002085238004700205>
- Sjögren Forss, K., Kottorp, A., & Rämgård, M. (2021). Collaborating in a pentahelix structure within a community based participatory research programme: 'Wrestling with hierarchies and getting caught in isolated downpipes.' *Archives of Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00544-0>
- UN. (1948). *Universal Declaration of Human Right*.
- WHO. (n.d.). *Community Empowerment*. Retrieved July 20, 2023, from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata International 1978* (Issue September 1978).
- WHO. (1986). *Ottawa Charter*.
- WHO. (2000). The World health report 2000: Health Systems: Improving Performance. In *The World Health Report*. World Health Organization.

- WHO. (2006). *The world health report 2006 : working together for health*. World Health Organization.
- WHO. (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. World Health Organization.
- WHO. (2009). *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*.
- WHO. (2010a). *Models and tools for health workforce planning and projections*. World Health Organization.
- WHO. (2010b). *World Health Report 2010: Health System Financing*. World Health Organization. <http://edeltripp.daportfolio.com>
- WHO. (2011). *Laboratory Quality Standards and Their Implementation*. World Health Organization, South-East Asia Region.
- WHO. (2016). *International Health Regulations: 3rd Edition*.
- WHO. (2017a). *Community Engagement Framework for Quality, People-Centred, and Resilient Health Services*. World Health Organization. <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2017b). *Strategic Framework for Strengthening Health Laboratory Services 2016-2020*. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO. (2018). *Establishment of Public Health laboratories in South East Asia Region*. World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
- WHO. (2019). *Life Expectancy at Births (year)*. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
- WHO. (2020). *Basic documents: Forty-ninth Edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. World Health Organization. <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2021). *Building Health Systems Resilience for Universal Health Coverage and Health Security during the Covid-19 Pandemic and Beyond: WHO position paper*. World Health Organization.

WHO. (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for SDGs*.
<https://www.who.int/publications/book-orders>.

WHO and UNICEF. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*.

WHO dan UNICEF. (2018). *A Vision for Primary Health Care in The 21st Century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals*.

WHO dan UNICEF. (2020). *Operational Framework for Primary Health Care Transforming Vision Into Action*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).

World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*.
<https://doi.org/10.1596/978-0-19-520890-0>

Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia

**Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas**

Jl Taman Suropati No. 2 Jakarta Pusat, 10310
Telp. (021) 31934379, Fax. (021) 3926603
e-mail: kgm@bappenas.go.id

ISBN 978-623-5623-03-0

