







PERKEMBANGAN TRANSFORMASI KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA

DARI REFORMASI HINGGA PASCA COVID, 1999-2023

PERKEMBANGAN TRANSFORMASI KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA: DARI REFORMASI HINGGA PASCA COVID, 1999-2023

Kerjasama
Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan (PKMK) FKKMK UGM
dengan
Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK)
Kementerian Kesehatan RI
2024

Perkembangan Transformasi Kebijakan Kesehatan Di Indonesia :
Dari Reformasi Hingga Pasca Covid, 1999-2023

Pelindung :
Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Penanggung Jawab :
Yoga Prajanta, S.E
dr. Siswanto, MHP., DTM
drg. Oscar Primadi, MPH
dr. Made Dewi Susilawati, M.Epid
Tim Kerja MIK Sekretariat BKPK

Tim Penulis:
Baha'uddin, S.S., M.Hum
Dr. Abdul Wahid, M.Hum., M.Phil;
dr. Valentina Lakhsmi Prabandari, MHPM
Nila Munana, S.HG., MHPM.
Iztihadun Nisa, SKM., MPH.
Dwi Asih Kartika Ningrum, SKM.
Ayu Wulandari, M.A.
Aulia Putri Hijriyah, S.Sej.

Tim Penyunting & Pengumpul Data :
Azahra
Daranindra Ardhana Prameswari
Galen Sousan Amory
Rizky Yunantoro Mandiri
Wheli Sutra Pradana
Yogi Hendrawan
Zidni Faidloka

Kontributor :
Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc. Ph.D
Prof. Dr. Purwo Santoso, M.A.
Prof. dr. Gunadi, Ph.D., Sp. BA, Subsp.D.A.(K)
Prof. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med.Sc., Ph.D
Dr. Rimawati, SH., M.Hum
Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua
dr. Yoyo Suhoyo, M.Med. Ed. Ph.D
Ni Luh Putu Eka Putri Andayani, SKM., M.Kes.
drg. Puti Aulia Rahma, MPH, CFE
Anis Fuad, S.Ked, DEA
M. Faozi Kurniawan, S.E., MPH
Madelina Ariani, SKM., MPH

Sampul :
Tim Kerja Manajemen Implementasi Kebijakan BKPK

Foto :
Kementerian Kesehatan RI dan Shutterstock

Desain dan Layout :
Sekretariat Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang
Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman.

Prakata

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkah dan rahmatNya yang dilimpahkan kepada kita semua, buku ini dapat diselesaikan dan diterbitkan. Buku berjudul *Perkembangan Transformasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Dari Reformasi Hingga Pasca Covid, 1999-2023* merupakan buku kajian sejarah kebijakan kesehatan di Indonesia dengan mengambil temporal sejak peristiwa Reformasi politik 1999 hingga pasca Covid 2023. Buku ini merupakan buku sejarah pertama yang mengkaji mengenai kebijakan kesehatan di Indonesia dalam rentang waktu tersebut yang menggunakan pendekatan analisis *Six Building Blocks WHO,* bukan per periode masa jabatan menteri. Dengan pendekatan analisis ini diharapkan akan ditemukan adanya perubahan, perkembangan, keberlanjutan, dan pengulangan kebijakan kesehatan di Indonesia dalam kurun waktu tersebut.

Penyusunan buku ini merupakan salah satu upaya untuk mendokumentasikan terjadinya pola kebijakan kesehatan dan berbagai faktor yang mempengaruhinya. Dari awal buku ini memang didesain sebagai buku babon yang merangkum isu-isu pokok kebijakan kesehatan. Dikarenakan sifatnya sebagai buku babon maka substansinya lebih menekankan keluasan tema dibandingkan kedalaman analisis. Diharapkan buku ini dapat menginspirasi dilakukannya kajian sejarah terhadap isu-isu atau tema-tema tertentu dalam kebijakan kesehatan yang ada buku ini. Sehingga kajian sejarah kebijakan kesehatan di Indonesia akan lebih mendapat perhatian dalam keilmuan sejarah.

Buku ini tidak dapat hadir ditangan pembaca tanpa bantuan para kontributor, yang mempunyai latar belakang keilmuan beragam. Sehingga metode sejarah dalam buku ini berfungsi sebagai payung dan dalam praktiknya kajian inter-disipliner sangat mewarnai analisisnya. Ucapan terima kasih tidak terhingga juga disampaikan kepada Kepala Badan Kebijakan Pembangunan

Kesehatan (BKPK) Syarifah Liza Munira Ph.D., dan Sekretaris BKPK dr. Etik Retno Wiyati, MARS, MH, melalui para staf di BKPK telah memberikan bantuan yang sangat penting terutama dalam pengumpulan data baik berupa data tertulis maupun data lisan. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada semua narasumber yang telah meluangkan waktu bersedia diwawancarai dalam rangka mendapatkan informasi secara langsung dari pelaku sejarah. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada asisten penelitian lapangan, dengan segala jerih payahnya telah mampu menemukan arsip dan dokumen yang tersimpan di berbagai lembaga.

Penyusun menyadari, dengan waktu kajian yang terbatas, buku ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu dengan tangan terbuka, penyusun menerima masukan sumbang kritik dan saran. Sebagaimana kata Sthepen Ambrose *The past is a source of knowledge, and the future is a source of hope,* penyusun berharap para stakeholder dapat belajar mengenai pengetahuan kebijakan kesehatan pada masa lalu untuk tidak mengulangi kesalahan yang sama dan menghasilkan harapan yang lebih baik di masa depan.

Penyusun

Kata Pengantar



Buku ini hadir untuk menggambarkan perjalanan panjang transformasi kebijakan kesehatan di Indonesia sejak era Reformasi hingga masa pasca pandemi COVID-19. Dimulai dari perubahan besar pada akhir 1990-an, Indonesia memasuki fase baru yang penuh tantangan dalam dunia kesehatan. Berbagai kebijakan, baik yang berbasis pada desentralisasi, peningkatan akses, maupun reformasi dan transformasi sistem kesehatan, telah membawa dampak yang signifikan terhadap pembangunan kesehatan di tanah air.

Penulisan buku ini berfokus pada analisis kebijakan-kebijakan utama yang lahir selama periode 1999 hingga 2023, serta bagaimana kebijakan tersebut berkembang dan beradaptasi dengan dinamika sosial, ekonomi, dan politik yang terjadi menggunakan kerangka kerja "Six Building Blocks" WHO. Terlebih lagi, pandemi COVID-19 menjadi titik balik yang mempercepat perubahan dalam sistem kesehatan Indonesia, dan membawa pelajaran panting bagi masa depan kebijakan kesehatan.

Oleh karena itu, kami berharap buku ini dapat menjadi referensi bagi akademisi, praktisi, dan pengambil kebijakan dalam memahami perubahan dan tantangan di sektor kesehatan selama periode tersebut.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah mendukung penulisan buku ini, baik dalam bentuk masukan, informasi, data,

maupun motivasi. Tak lupa ucapan terima kasih kepada Menteri Kesehatan, Wakil Menteri Kesehatan, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan, Para pejabat eselon 1 dan 2 serta pelaku sejarah periode tahun 1999-2023 di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Semoga buku ini dapat memberikan wawasan dan inspirasi bagi pembaca dalam memahami dan mengembangkan kebijakan kesehatan yang lebih baik di masa depan.

Jakarta, Desember 2024
Kepala Badan Kebijakan Pembangunan
Kesehatan Kementerian Kesehatan RI



Syarifah Liza Munira

Sekapur Sirih



Transformasi kebijakan di era Reformasi hingga respon terhadap pandemi COVID-19 telah mengajarkan kita bahwa sistem kesehatan yang tangguh lahir dari upaya kolektif yang berkelanjutan. Catatan sejarah ini tidak hanya mengulas perjalanan tersebut, tetapi juga menggali pembelajaran penting untuk memperbaiki kebijakan di masa depan.

Buku yang berjudul Perkembangan Transformasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia Periode Reformasi hingga Pasca COVID, 1999-2023, ini dibagi menjadi empat periode utama:

1. Periode Reformasi (1999-2009): Masa ini ditandai dengan desentralisasi dan demokratisasi yang membawa perubahan besar dalam kebijakan kesehatan, termasuk pengelolaan rumah sakit dan sumber daya manusia kesehatan.
2. Periode Jaminan Kesehatan Nasional (2009-2019): Implementasi JKN membawa disrupsi dan tantangan baru dalam sistem kesehatan, namun juga memberikan dasar yang kuat untuk akses kesehatan yang lebih luas.
3. Periode Pandemi COVID-19 (2020-2023): Pandemi global ini menguji ketahanan sistem kesehatan kita dan memaksa kita untuk beradaptasi dengan cepat melalui berbagai kebijakan dan kolaborasi lintas sektor.

4. Periode Transformasi Sistem Kesehatan (2023 dan seterusnya): Masa ini menandai upaya kita untuk membangun kembali dan memperkuat sistem kesehatan yang lebih tangguh dan responsif terhadap tantangan masa depan.

Dengan menghadirkan perspektif sejarah dan analisis kebijakan, buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana kebijakan kesehatan Indonesia terus berkembang dan tantangan yang dihadapi dalam mencapai sistem kesehatan yang lebih baik. Semoga buku ini menjadi sumber inspirasi bagi pembaca untuk terus berkontribusi dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Jakarta, Desember 2024
Sekretaris
Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI



Etik Retno Wiyati

Daftar Isi

Prakata iii
Kata Pengantar v
Sekapir Sirih vii
Daftar Isi ix
Daftar Singkatan xx
Daftar Istilah xxx
Daftar Foto dan Gambar xxxiii
Daftar Grafik xxxviii
Daftar Tabel xl

BAB I Pendahuluan 1

BAB 2 Kebijakan Kesehatan Masa Reformasi Politik Hingga Desentralisasi Kesehatan, 1999-2009 13
A. Transisi Politik Penentu Arah Kebijakan Kesehatan 14
B. Kepemimpinan atau Tata Kelola 21
C. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan 31
1. Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) 32
2. Jaring Pengaman Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin) 34
3. Asuransi Kesehatan Nasional untuk Masyarakat Miskin (Askeskin) 37
4. Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) 41
5. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 43
6. Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan 47

7. Pendanaan Jaminan Kesehatan 53
D. Kebijakan Sumber Daya Manusia 56
1. Kewenangan Universitas dalam Pendidikan Dokter 61
2. Kewenangan Organisasi Profesi dalam Pendidikan Kedokteran: Pembentukan Kolegium 62
3. Rekomendasi Ijin Praktik oleh Organisasi Profesi 65
4. Pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) 66
5. Tinjauan Kritis Pembentukan UU Praktik Kedokteran 68
E. Kebijakan Pelayanan Kesehatan 70
1. Perkembangan Kelembagaan Rumah Sakit 70
2. Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Terhadap Perkembangan Rumah Sakit 73
3. Dinamika Perubahan Rumah Sakit menjadi Badan Layanan Umum 74
4. Pengaruh UU No. 36 Tahun 2009 dan UU No. 44 Tahun 2009 Terhadap Pelayanan Kesehatan 77
5. Pengelolaan Rumah Sakit Swasta 78
6. Dinamika Perkembangan Rumah Sakit Swasta Melalui Penanaman Modal Asing 79
7. Pelayanan Kesehatan Primer 81
a. Kebijakan Dasar Puskesmas 83
b. Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal 84
c. Penguatan dan Pengembangan Fungsi Puskesmas Melalui Program Posyandu 84
8. Kebijakan Mutu 87
a. Desentralisasi dan Standar Pelayanan Minimal 88
b. Krisis Kesehatan Pasca Krisis Ekonomi 89
9. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut 92
10. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Paliatif 95
11. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Tradisional 98
12. Perkembangan *Medical Tourism* dan *Medical Wellness* 100
13. Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular 102
a. Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan 103
b. Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan 104
14. Pencegahan dan Pengendalian Angka Kematian Ibu dan Anak 105
15. Gizi Buruk dan Stunting 107
16. Program Pengendalian Penyakit Menular 109

a. Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) 110
b. Wabah dan Upaya Penanggulangannya 111
c. Flu Burung (*Avian Influenza*) 113
d. Malaria 119
e. Penyakit Menular Seksual PMS dan HIV/AIDS 121
f. Penyakit Tuberkulosis (TBC) 125
g. Wabah Demam Berdarah Dengue (DBD) 125
17. Program Pekan Imunisasi Nasional 128
18. Program Penanganan Kesehatan Jiwa 132
19. Kebijakan Pengendalian Manajemen Bencana 134
20. Perubahan Paradigma Sehat 137
F. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan 138
1. Desentralisasi 141
2. Pengembangan Obat Asli Indonesia 144
3. Penanganan Flu Burung 146
a. Vaksinasi 147
b. Penyediaan obat antiviral 147
c. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) 149
4. Pencantuman Harga Eceran Tertinggi (HET) pada Label Obat 150
5. Perkembangan Apotek Rakyat 152
6. Pekerjaan Kefarmasian 156
G. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan 157
1. Digitalisasi 158
2. Perkembangan Kebijakan Bioteknologi 162
a. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 162
b. Perkembangan Bioteknologi Secara Umum 163
c. Perkembangan Bioteknologi di UGM 165
3. Telemedicine 166
4. Perubahan Nomenklatur Kementerian dan Regulasi 169
5. UU Informasi dan Transaksi Elektronik dan Dampaknya Terhadap Informasi Kesehatan 170
6. Rekam Medis Elektronik 174
H. Simpulan 175

BAB 3 Disrupsi Kebijakan dan Dilema Desentralisasi pada Masa Jaminan Kesehatan Nasional, 2009-2019 179
A. Kepemimpinan atau Tata Kelola 180
B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan 184
1. Alokasi Anggaran dan Sumber Pembiayaan Kesehatan 187
2. Mandatory Spending 188
3. Dana Alokasi Khusus 191
4. Jaminan Kesehatan Nasional 197
a. Pengaruh JKN Terhadap Pengeluaran Keluarga 199
b. Tantangan Penyelenggaraan JKN 201
c. Praktik Korupsi dan *Fraud* 208
d. Perkembangan Asuransi Swasta 212
e. Inovasi pembiayaan: Menggali Potensi Sumber Dana Alternatif 214
f. Pembiayaan Sumber Luar Negeri 215
g. Penerimaan "Pajak Dosa" 217
C. Kebijakan Sumber Daya Manusia 219
1. Menyelaraskan Kebutuhan SDM Kesehatan dengan Tuntutan JKN 221
2. Pendayagunaan Dokter Asing dan Diaspora 225
3. Penguatan Peran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Pendidikan Dokter 229
4. Penyelenggaraan Kedokteran Spesialis 231
5. Dilema Residen - Antara Pelajar dan Pekerja 233
6. Keruwetan Regulasi Tenaga Kesehatan 236
D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan 239
1. Perkembangan Rumah Sakit 240
a. Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 242
b. Sistem Rujukan Berjenjang 243
c. Penanaman Modal Asing 245
d. Pengembangan Infrastruktur dan Sumber Daya 247
e. Rumah Sakit Pendidikan 247
f. Pengelolaan Rumah Sakit Swasta 249
2. Kebijakan Mutu 250
a. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan 251
b. Dinamika Mutu Pelayanan Kesehatan 252

3. Kebijakan terkait Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya 254
a. Standarisasi dan Akreditasi Rumah Sakit 254
b. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri 256
4. Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer 257
5. Tantangan dan Upaya Optimalisasi Sistem Kapitasi BPJS dalam Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer 260
6. Penguatan Layanan Primer melalui penguatan Posyandu 261
7. Penguatan Layanan Kesehatan di Daerah Terpencil Melalui Program Nusantara Sehat dan Wajib Kerja Dokter Spesialis 263
8. Program Revitalisasi Puskesmas 264
9. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut 265
10. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Paliatif 268
11. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Tradisional 270
12. Perkembangan Wisata Kesehatan 273
13. Program Gerakan Masyarakat Sehat (GERMAS) 277
14. Program Indonesia Sehat Berbasis Pendekatan Keluarga 282
15. Pengendalian Gizi Masyarakat 281
16. Program Pemberian Makanan Tambahan 283
17. Peningkatan Gizi (Program Isi Piringku) 285
18. Program Kesehatan Ibu dan Anak 287
19. Pengendalian Penyakit Menular 288
a. HIV-AIDS 289
b. TBC 291
c. Malaria 292
20. Pengendalian Penyakit Tidak Menular 293
21. Program-Program Menuju Masyarakat Hidup Bersih dan Sehat 206
a. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat 206
b. Program Imunisasi 207
22. Penanggulangan Manajemen Bencana di Indonesia 209
23. Program Penanganan Kesehatan Jiwa di Indonesia 302
24. Peningkatan Kesadaran Masyarakat Melalui Penguatan Promosi Kesehatan 305
25. Penguatan Sistem Kesehatan 306
E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan 307
1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 308

2. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian 308
3. UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 309
a. Tujuan dan Ruang Lingkup 309
b. Pengaturan Pengadaan Obat dan Alat Kesehatan 310
c. Kerjasama dengan Penyedia Layanan Kesehatan 310
4. E-katalog dan E-planning 311
5. Peningkatan Kualitas Produk Medis 312
6. Perubahan Kebijakan 312
7. Penggunaan E-Purchasing 313
8. Implementasi E-Purchasing 315
9. Pengadaan dan Distribusi Vaksin 316
10. Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan 318
11. Dampak Inpres terhadap Industri Obat dan Alat Kesehatan 319
12. Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga 320
13. Cara Pembuatan Alat Kesehatan yang Baik (CPAKB) dan Cara Pembuatan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang Baik (CPPKRTB) 321
14. Perkembangan Kebijakan Bioteknologi di Indonesia 322
F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan 325
1. Perubahan Pada Tingkat Global 326
2. Kebijakan Penggunaan Dokumen Elektronik 326
3. Rumah Sakit Online 328
4. Implementasi Sistem Kesehatan Nasional 329
5. Dampak Otonomi Daerah 330
G. Simpulan 334

BAB 4 Strategi Adaptif: Kebijakan Kesehatan Pada Masa COVID-19, 2020-2022 **337**
A. Kepemimpinan atau Tata Kelola 338
1. Kerja Sama Lembaga Kementerian dan Non Kementerian 338
2. Kerja Sama Antar Negara 346
3. Kerja Sama dengan Institusi Swasta hingga Komunitas 349
4. Kebijakan Karantina Wilayah 351
5. Tata Kelola Vaksinasi COVID-19 356

6. Restrukturisasi dan Transformasi Organisasi Kesehatan 358
B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan 358
1. Refocusing dan Perubahan Kebijakan Fiskal untuk Menangani Pandemi 359
2. Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) 361
3. Penguatan Keberlanjutan Jaminan Kesehatan Nasional 363
C. Kebijakan Sumber Daya Manusia 365
1. Fase I: Guncangan Awal dan Respons Darurat (Maret 2020 - Desember 2020) 367
2. Fase II: Adaptasi dan Fluktuasi (Januari 2021 - Desember 2021) 372
a. Percepatan Vaksinasi COVID-19 373
b. *Burnout* dan Perlindungan Tenaga Kesehatan 376
3. Fase III: Pemulihan Pandemi dan Awal Resiliensi Kesehatan (2022-2023) 378
a. Resiliensi Tenaga Kesehatan 378
b. Kisruhnya Penyediaan Dokter Spesialis 379
D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan 382
1. Tracing, Testing, Treatment COVID-19 382
2. Peningkatan Kapasitas Rumah Sakit 385
3. Mempertahankan Pelayanan Kesehatan Esensial 386
4. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer 400
5. Perkembangan Medical Tourism dan Medical Wellness 402
6. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut 403
7. Pelayanan Kesehatan Tradisional 404
8. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan 405
9. Perluasan dan Pengembangan Laboratorium Kesehatan Masyarakat 407
10. Program Vaksinasi COVID-19 410
11. Isu-Isu Kesehatan Lainnya 412
a. Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Leptospirosis 412
b. Pencegahan dan Penanganan Stunting 414
E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan 415
1. Kelangkaan Masker dan APD 418
2. Kekurangan Oksigen 421
3. Kelangkaan Ventilator 422
a. Bantuan Ventilator 423

b. Bea Cukai dan Proses Impor Bantuan Kemanusiaan 423
4. Vaksin COVID-19 424
5. Pengadaan Vaksin COVID-19 425
6. Pendistribusian Vaksin COVID-19 426
7. Penggunaan Aplikasi SMILE 429
8. Isu Vaksin COVID-19 dan Respon Masyarakat 431
9. Vaksin Merah Putih 436
10. Obat-Obatan 437
a. Paket Obat untuk Pasien Isolasi Mandiri 442
b. Penggunaan FARMAPLUS 443
c. Isu Penggunaan Obat Ivermectin dan Respons Masyarakat 444
11. Ganja Medis 445
12. PCR (*Polymerase Chain Reaction*) 447
a. Tracking, Tracing, dan Testing 450
b. Perkembangan Bioteknologi 451
13. Kebijakan Substitusi Obat dan Alat Kesehatan 453
F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan 454
1. Pusat Data dan Informasi Kesehatan (Pusdatin) 455
2. Sistem Informasi All Record Tracking COVID-19 456
3. Transisi ke *Peduli Lindungi* 458
4. Digital Transformation Office (DTO) 460
5. Regulasi Rekam Medis Elektronik 460
G. Transformasi Kesehatan 462
1. Restrukturisasi dan Reformasi Sistem Kesehatan 464
2. Pilar 1: Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer 471
a. Penguatan Promotif dan Preventif 471
b. Pencapaian Usia Harapan Hidup 473
c. Penguatan Skrining Kesehatan 473
d. Revitalisasi dan Standarisasi Puskesmas 475
e. Revitalisasi dan Penguatan Posyandu Prima 476
f. Penguatan Cakupan Imunisasi 477
3. Pilar 2: Transformasi Layanan Rujukan 478
a. Peningkatan Mekanisme Rujukan 478
b. Peningkatan Kualitas dan Pemerataan Aksesibilitas Rumah Sakit 479
c. Kerjasama Lintas Negara Untuk Layanan Unggulan Global 480

d. Layanan yang Berfokus Pada Penyakit dengan Kematian Tertinggi dan Berbiaya Tinggi 482
e. Kebijakan RS-PPU dalam Pendidikan *Hospital-based* 484
f. Transplantasi Organ 486
4. Pilar 3: Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan 487
5. Pilar 4: Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan 491
6. Pilar 5: Transformasi SDM Kesehatan 495
7. Pilar 6: Transformasi Teknologi Kesehatan 501
a. Pengembangan Platform Digital 501
b. Transformasi ke *SATUSEHAT* 502
c. BGSi (*Biomedical Genome Science Initiative*) 508
8. Internal Transformation Office 510
H. Simpulan 512

BAB 5 Era Baru Sistem Kesehatan Indonesia: Kebijakan Kesehatan Pada Masa Pasca COVID-19 515
A. Kepemimpinan atau Tata Kelola 516
B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan 518
1. Transformasi : Integrasi Pendanaan Kesehatan Nasional 519
a. National Health Account 519
b. Health Technology Assessment 521
c. *Annual Review Tarif* JKN 523
2. Sumber Pembiayaan Asing 525
C. Kebijakan Sumber Daya Manusia Kesehatan 527
1. Penyediaan Dokter Spesialis 532
2. Rekonstruksi: Konsil – Kolegium – Majelis Disiplin 536
3. Kebijakan Baru STR Seumur Hidup bagi Tenaga Kesehatan: Langkah Baru, Tantangan Lama 540
4. Pendayagunaan WNI Diaspora dan WNA 542
5. Praktik Task-Shifting dan Perlindungan Hukum bagi Tenaga Kesehatan 544
D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan 548
1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer 550
a. Integrasi Layanan Primer 550
b. Peningkatan Akses Layanan Kesehatan di Daerah 552
c. Penguatan Peran Posyandu 553

2. Penguatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut 554
3. Penguatan Medical Wellness 555
4. Penguatan Pelayanan Kesehatan Paliatif 556
5. Penguatan Pelayanan Pengobatan Tradisional 558
6. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan 559
7. Penguatan Pengendalian Gizi Masyarakat 561
8. Penguatan Pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) 564
9. Penguatan Promosi Kesehatan 567
10. Menyiapkan Layanan Kesehatan untuk Merespons Situasi Krisis 569
E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alkes 571
F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan 574
1. Ketentuan dalam UU No. 17 Tahun 2023 574
2. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 575
a. Tugas Pemerintah Pusat 576
b. Tugas Pemerintah Daerah 576
G. Simpulan 577

BAB 6 Catatan Kritis Dua Dekade Kebijakan Kesehatan di Indonesia 579
A. Status Kesehatan Masyarakat 583
1. Angka Kematian Bayi (AKB) 583
2. Angka Kematian Ibu (AKI) 585
3. Angka Beban Penyakit DALY (Morbiditas) 587
4. Angka Kematian (Mortalitas) 589
B. Tingkat Responsivitas atau Ketanggapan Sistem Kesehatan 590
C. Proteksi Terhadap Resiko Sosial dan Keuangan 593
D. Peningkatan Efisiensi Sistem Kesehatan 595
1. Rumah Sakit 596
2. Sumber Daya Manusia (SDM) 597
3. 'Konflik' Antar Profesi Tenaga Kesehatan 599
4. Farmasi dan Alat Kesehatan 601
5. Sistem Informasi Kesehatan: Banyaknya Aplikasi yang Tidak Interoperable 602
6. Kecurangan di Sektor Kesehatan (*Health Sector Fraud*) 604

BAB 7 Penutup **607**
Kepemimpinan atau Tata Kelola 608
Pembiayaan Kesehatan 610
Sumber Daya Manusia 611
Pelayanan Kesehatan 612
Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan 615
Sistem Informasi Kesehatan 616
Simpulan Penutup 617

Daftar Pustaka **619**
Arsip 619
Buku, Karya ilmiah, Jurnal, Tesis dan Disertasi 622
Koran dan Majalah 635
Produk Hukum 640
Laman Daring 645

Lampiran 663
Lampiran 1: Daftar Narasumber 664
Lampiran 2: Daftar Rumah Sakit Rujukan COVID-19 667
Lampiran 3: Pemanfaatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan 671
Lampiran 4: Daftar 44 Rumah Sakit Rujukan dalam Penanganan Flu Burung 672

Daftar Singkatan

DAFTAR	KETERANGAN
ABRI	Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
ACT	Artemisinin Combination Therapy
ADB	Asian Development Bank
ADD	Alokasi Dana Desa
ADINKES	Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia
AFAS	ASEAN Framework Agreement on Service
AFTA	ASEAN Free Trade Area
AHS	Academic Health System
AHCS	Academic Health Center System
AI	Avian Influenza
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
Alkes	Alat Kesehatan
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APD	Alat Pelindung Diri
API	Annual Parasite Incidence
API	Active Pharmaceutical Ingredients
APKESMI	Asosiasi Puskesmas Indonesia
ASABRI	Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia

ASPAK	Aplikasi Pengelolaan Sarana, Prasarana, dan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin
BABS	Buang Air Besar Sembarang
Bapel	Badan Pengelola
BAPETEN	Badan Pengawas Tenaga Nuklir
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BBM	Bahan Bakar Minyak
BGSi	Biomedical Genome Science Initiative
BHMN	Badan Hukum Milik Negara
BIN	Badan Intelijen Negara
BKK	Badan Kekarantinaan Kesehatan
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BKM	Balai Kesehatan Masyarakat
BLT	Bantuan Langsung Tunai
BLU	Badan Layanan Umum
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BMA	British Medical Association
BMHP	Bahan Medis Habis Pakai
BNPB	Badan Nasional Penanggulangan Bencana
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOR	Bed Occupancy Rate
BPBD	Badan Penanggulangan Bencana Daerah
BPDPK	Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPKP	Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan
BPOM	Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPOM	Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan
BPPSDMK	Badan Pengenmbangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

BRIN	Badan Riset dan Inovasi Nasional
BSL	Biosafety Level
BSrE	Badan Sertifikasi Elektronik
BSSN	Badan Siber dan Sandi Negara
BULD	Badan Layanan Umum Daerah
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
CEPI	The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CHS	Consortium of Health Sciences
COPB	Cara Produksi Obat yang Baik
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPAKB	Cara Pembuatan Alat Kesehatan yang Baik
CPPKRTB	Cara Pembuatan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang Baik
DAK	Dana Alokasi Khusus
DALY	Disability-Adjusted Life Years
DAU	Dana Alokasi Umum
DBH-CHT	Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau
Dinkes	Dinas Kesehatan
DI/TII	Darul Islam/Tentara Islam Indonesia
DJPK	Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan
DJS	Dana Jaminan Sosial
DLP	Dokter Layanan Primer
DOEN	Daftar Obat Esensial Nasional
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
DTO	Digital Transformation Office
DTPK	Daerah Tertinggal/Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan
e-Sign	System Digital Signature
EMT	Emergency Medical Team
FGD	Focus Group Discussion
FICA	Federal Insurance Contributions Act
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

FKRTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FTCT	Framework Convention on Tobacco Control
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GAVI	The Global Alliance for Vaccine and Immunizations
Gebrak Malaria	Gerakan Berantas Kembali Malaria
GFK	Gudang Farmasi Kab/Kota
Gerdunas	Gerakan Terpadu Nasional
GERMAS	Gerakan Masyarakat Sehat
GHS	Geneeskundige Hogeschool
GISN	Global Influenza Surveillance Network
GISR	Global Influenza Surveillance and Response
GMP	Good Manufacturing Practice
GTMMP	Good Traditional Medicine Manufacturing Practice
HAM	Hak Asasi Manusia
HET	Harga Eceran Tertinggi
HNA	Harga Netto Apotek
HPEQ	Health Professional Education Quality
HPK	Hari Pertama Kehidupan
IBI	Ikatan Bidan Indonesia
ICW	Indonesian Corruption Watch
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
IEA	International Energy Agency
IHeFF	Indonesia Facility Finder
IHTB	Indonesian Health Tourism Board
ILO	International Labour Organization
ILP	Integrasi Layanan Kesehatan Primer
IMR	Infant Mortality Rate
INA CBGs	Indonesia Case Base Groups
INA-DRG	Indonesian Diagnostic Related Group
INDEF	Institute for Development of Economics and Finance
INM	Indikator Nasional Mutu

ISQua	International Society for Quality in Health Care
ITU	International Telecommunication Union
IWHT	Indonesia Wellness and Healthcare Tourism
JAMKESDA	Jaminan Kesehatan Daerah
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JCI	Joint Commission International
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPK-GAKIN	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin
JPS	Jaring Pengaman Sosial
JPS-BK	Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
KARS	Komite Akreditasi Rumah Sakit
KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronis
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIPDI	Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia
KIPI	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KKI	Konsil Kedokteran Indonesia
KKLP	Kedokteran Keluarga Layanan Primer
KKP	Kantor Kesehatan Pelabuhan
KLB	Kejadian Luar Biasa
KONAS	Kebijakan Obat Nasional
KOTRANAS	Kebijakan Obat Tradisional Nasional
KPA	Kuasa Pengguna Anggaran
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPC-PEN	Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional
KPJM	Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah
KPU	Komisi Pemilihan Umum
KRI	Kolegium Radiologi Indonesia
KRIS	Kelas Rawat Inap Standar
KTKI	Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia

KTR	Kawasan Tanpa Rokok
LAFKI	Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia
LAM-PTKes	Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia
LAMKP	Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien
LARS	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit
LARSI	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia
LKB	Layanan Komprehensif Berkesinambungan
LKPP	Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah
LTD	Lembaga Teknis Daerah
MDGs	Millenium Development Goals
MDR-TB	Multidrug-resistant Tuberculosis
MKEK	Majelis Kehormatan Etik Kedokteran
MUI	Majelis Ulama Indonesia
NAPZA	Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif
NHA	National Health Account
NIAS	Nederlandsche Indische Artsenschool
ODHA	Orang Dengan HIV/AIDS
ODP	Orang Dalam Pemantauan
OOP	Out of Pocket
OP	Organisasi Profesi
OPK	Operasi Pangan Khusus
Opstib	Operasi Tertib
OTG	Orang Tanpa Gejala
P3T	Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional
PAK	Penyalur Alat Kesehatan
PB IDI	Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia
PBF	Pedagang Besar Farmasi
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBL	Problem Based Learning
PCR	Polymerase Chain Reaction

PDP	Pasien Dalam Pemantauan
PDPSE-BK	Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan
PDSRI	Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia
PDSRKI	Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Klinik Indonesia
PDUI	Perhimpunan Dokter Umum Indonesia
Pemilukada	Pemilihan Umum Kepala Daerah
Perjan	Perusahaan Jawatan
Permesta	Perjuangan Rakyat Semesta
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHD	Perum Husada Bakti
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
PIDI	Program Internship Dokter Indonesia
PIE	Penyakit Infeksi Emerging
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PJKMM	Program Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin
PJKMU	Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum
PKK	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PKPS-BBM	Pengurangan Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak
PKRT	Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
PMA	Penanaman Modal Asing
PMT-AS	Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah
PMT	Pemberian Makan Tambahan
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission
PMTCT	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PNPM	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
Pokjanal	Kelompok Kerja Operasional
Pokja Posyandu	Kelompok Kerja Posyandu
POLRI	Kepolisian Republik Indonesia
Posbindu PTM	Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular

Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPD	Program Pengembangan Desa
PPDS	Program Pendidikan Dokter Spesialis
PPE	*Personal Protective Equipment*
PPKM	Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PPOM	Pusat Pemeriksaan Obat dan Makanan
PPPK	Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kontrak
PRB	Peserta Rujuk Balik
PRBM	Pusat Riset Biologi Molekuler
PRG	Produk Rekayasa Genetik
PRRI	Pemerintahan Revolusioner Republik Indonesia
PSBB	Pembatasan Sosial Berskala Besar
PSN	Pemberantasan Sarang Nyamuk
PTM	Penyakit Tidak Menular
PTT	Pegawai Tidak Tetap
Pusdatin	Pusat Data dan Analisis Kesehatan
Puslitbangkes	Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Puspitek	Pusat Penelitian dan Pengembangan Teknologi Kesehatan
Pusrengun	Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan
RAN-PG	Rencana Aksi Nasional Pencegahan Gizi Buruk
Raskin	Beras Untuk Keluarga Miskin
RBM	Roll Back Malaria
RDP	Rapat Dengar Pendapat
Renstra-PK	Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan
RIBK	Rencana Induk Bidang Kesehatan
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RKA-KL	Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/ Lembaga
RKO	Rencana Kebutuhan Obat

RME	Rekam Medis Elektronik
RMS	Republik Maluku Selatan
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RS	Rumah Sakit
RSD	Rumah Sakit Daerah
RSKI	Rumah Sakit Khusus Infeksi
RSPI	Rumah Sakit Pusat Infeksi
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RT-PCR	Real-Time Polymerase Chain Reaction
RTM	Rumah Tangga Miskin
RUT	Riset Unggulan Terpadu
SBJ	Surya Bhaskara Jaya
SDM	Sumber Daya Manusia
SIK	Surat Izin Khusus
SIK	Sistem Informasi Kesehatan
Sikda	Sistem Informasi Kesehatan Daerah
Siknas	Sistem Informasi Kesehatan Nasional
SIMRS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SIP	Surat Izin Praktik
SIPA	Surat Izin Profesion Apoteker
SIRS	Sistem Informasi Rumah Sakit
SISDMK	Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
SISRUTE	Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SMILE	Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik Elektronik
SNI	Standar Nasional Indonesia
SPBE	Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik
SPE	Sistem Pengadaan secara Elektronik

SPM	Standar Pelayanan Minimal
STPT	Surat Terdaftar Pengobat Tradisional
STOVIA	School tot Opleiding voor Inlandsche Artsen
STR	Surat Tanda Registrasi
STRA	Surat Tanda Registrasi Apoteker
STRTTK	Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian
TBC	Tuberkulosis
TKDN	Tingkat Komponen Dalam Negeri
TNI	Tentara Nasional Indonesia
TTD	Tablet Tambah Darah
UHC	Universal Health Coverage
UHH	Umur Harapan Hidup
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
UKDI	Uji Kompetensi Dokter Indonesia
UKJBM	Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat
UKM	Unit Kesehatan Masyarakat
UKMPPD	Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter
UKP	Unit Kesehatan Perorangan
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
UU ITE	Undang - Undang Informasi dan Transaksi Elektronik
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VIG	Vereeniging van Indonesische Geneeskundigen
VSAT	Very Small Aperture Terminal
WHO	World Health Organization
WKDS	Wajib Kerja Dokter Spesialis
WKS	Wajib Kerja Sarjana

Daftar Istilah

DAFTAR	KETERANGAN
Amandemen	Perubahan konstitusi suatu negara yang dilakukan dengan mengikuti prosedur yang telah ditentukan
Desentralisasi	Sistem pemerintahan yang melimpahkan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah
Dwi Fungsi ABRI	Doktrin yang menyatakan bahwa ABRI mempunyai dua fungsi yaitu fungsi pertahanan dan keamanan serta fungsi sosial politik
Epidemiologi	ilmu tentang penyebaran penyakit menular pada manusia dan faktor yang dapat mempengaruhi penyebaran itu
Fraud	tindakan kecurangan atau penyelewengan yang melawan hukum
Inflasi	kemerosotan nilai uang (kertas) karena banyaknya dan cepatnya uang (kertas) beredar sehingga menyebabkan naiknya harga barang-barang
Influenza	radang selaput lendir pada rongga hidung (yang menyebabkan demam); penyakit demam yang mudah menular yang disebabkan oleh virus yang menyerang saluran pernapasan dan sebagainya
Krisis Moneter	Kondisi terpuruknya perekonomian suatu negara dikarenakan penurunan nilai tukar mata uang dan menyebabkan inflasi sangat tinggi

Medical Tourism	perjalanan wisata untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
Medical Wellness	Pendekatan holistik yang menggabungkan perawatan medis dan kebugaran untuk meningkatkan kesejahteraan secara fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual.
Making Pregnancy Safer (MPS)	Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman, atau Making Pregnancy Safer (MPS) adalah inisiatif kesehatan yang diluncurkan oleh pemerintah Indonesia pada tahun 2000, bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.
Malnutrisi	Kondisi ketidakseimbangan nutrisi dalam tubuh yang dialami oleh siapa saja, tetapi biasanya dialami oleh balita dan lansia
Mandatory spending	Belanja atau pengeluaran negara yang sudah diatur oleh undang-undang.
Marasmus	gangguan kekurangan gizi pada anak karena kekurangan asupan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama
Obat Generik	Obat yang diproduksi dan diedarkan dengan nama yang berdasarkan Internasional Non Proprietary Names atau Farmakope, untuk zat yang berkhasiat yang dikandungnya
Penyakit Zoonotik	Penyakit infeksi yang menular dari hewan ke manusia
Perawatan Holistik	Praktik penyembuhan seluruh orang dan bukan hanya tubuh, menurut American Holistic Nurses Association (AHNA).
Pokja Posyandu	Kelompok Kerja Posyandu yang selanjutnya disebut Pokja Posyandu adalah kelompok kerja yang tugas dan fungsinya mempunyai keterkaitan dalam pembinaan penyelenggaraan/pengelolaan Posyandu yang berkedudukan di Desa

Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu yang selanjutnya disebut Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.
Produk Rekayasa Genetik	organisme hidup, bagian bagiannya dan/atau hasil olahannya yang mempunyai susunan genetik baru dari hasil penerapan bioteknologi modern
Reasuransi	Sistem pengalihan risiko dari perusahaan asuransi ke perusahaan lain
Rehabilitasi	suatu proses pemulihan atau perbaikan anggota tubuh yang mengalami cacat dan sebagainya atas individu supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat dalam masyarakat
Rezim	Pemerintahan yang berkuasa
Sanitasi	usaha untuk membina dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan, terutama kesehatan masyarakat
Spesimen	bagian dari kelompok atau bagian dari keseluruhan
Stunting	Gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi dalam jangka panjang
Telemedicine	Suatu metode yang dapat digunakan untuk memeriksa keadaan pasien, memantau dan menangani proses penyembuhannya, dimana dokter dan pasien berada dalam lokasi yang berjauhan
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat adalah wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat dengan bimbingan dari petugas Puskesmas lintas sektor dan lembaga terkait lainnya

Daftar Foto dan Gambar

Foto 2.1	Gerakan Reformasi Mahasiswa Menduduki Gedung DPR/MPR pada 18 Mei 1998
Foto 2.2	Presiden Soeharto Mengundurkan Diri dari Jabatannya pada 21 Mei 1998 yang menandai berakhirnya Pemerintahan Orde Baru
Foto 2.3	B.J. Habibie diambil sumpahnya sebagai Presiden RI Pertama Pada Masa Reformasi 21 Mei 1998
Foto 2.4	Seorang warga di Cipinang Jakarta Timur menunjukkan Kartu Sehat dari Program JPK-Gakin
Foto 2.5	Antrian Warga Untuk Mendapatkan Kartu Askeskin di Makassar, Agustus 2008
Foto 2.6	Kartu Jamkesda Kabupaten Batang Jawa Tengah
Foto 2.7	Kartu Jamkesmas
Foto 2.8	Petugas memusnahkan hewan ternak babi di Tangerang, Banten, untuk mencegah meluasnya Flu Burung
Foto 2.9	Peringatan Hari TBC Sedunia Tahun 2006
Foto 2.10	Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Aburizal Bakrie, melakukan kick off Imunisasi Indonesia Bebas Polio Tahun 2006
Foto 2.11	Tim Departemen Kesehatan RI melakukan distribusi bantuan kesehatan bagi korban Tsunami di Aceh Tahun 2004
Foto 2.12	Apotek Rakyat Gloria di Jakarta Barat
Foto 2.13	Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari bersama dengan salah satu Pemilik Toko Obat Apotek Rakyat, di Pasar Pramuka, Jakarta

Foto 2.14 Plang Nama Apotek Rakyat Ahmadyani

Foto 2.15 Presiden Soeharto didampingi Menristek B.J. Habibie dan Prof. Sangkot Marzuki hari Selasa, 19 September 1995 di Istana Negara meresmikan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman dengan penandatanganan prasasti.

Foto 3.1 Pembekalan dan Pelepasan Dokter/Dokter Gigi PTT Periode Oktober 2012

Foto 3.2 Kementerian Kesehatan Meluncurkan Program Nusantara Sehat pada 3 Februari 2015

Foto 3.3 Peresmian Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dalam Rakerkesnas 2017

Foto 3.4 Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih Meresmikan Gedung Lab Terpadu Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat Tradisional di Tawangmangu Jawa Tengah, Oktober 2010

Foto 3.5 Menkes Nafsiah Mboi menghadiri The 1st Indonesia Wellness and Healthcare Tourism Movement di Bali, Oktober 2012

Foto 3.6 Yayasan AIDS Indonesia melakukan kampanye pencegahan HIV/AIDS dalam kegiatan *car free day* di Bundaran HI Jakarta pada Hari AIDS Sedunia 1 Desember 2019

Foto 3.7 Massa Unjuk Rasa Demo RPP Tembakau di Lingkungan Kementerian Kesehatan, 3 Juni 2012

Foto 3.8 Pernyataan Sikap Koalisi Profesi Kesehatan Tolak World Tobacco Asia di Indonesia, September 2012

Foto 3.9 Imunisasi polio pada anak-anak di Jayawijaya, Papua pada Desember 2019

Foto 3.10 Suasana Posko Kesehatan Korban Meletusnya Gunung Merapi di Kelurahan Hargobinangun, Pakem DIY, Oktober 2010

Foto 3.11 Suasana Posko Kesehatan Bencana Banjir Bandang di Wasior, Papua, Oktober 2010

Foto 4.1 Petugas Medis Menyemprotkan Cairan Desinfektan pada WNI dari Wuhan, China setiba di Bandara Hang Nadim Batam, Kepulauan Riau, 2 Februari 2020.

Foto 4.2 Sejumlah WNI yang dievakuasi dari Whuan China sedang melakukan senam bersama prajurit TNI di Lapangan Udara Raden Sadjad, Ranai, Natuna, Kepulauan Riau, 10 Februari 2020

Foto 4.3 Proses Pemulangan WNI anak buah kapal Diamond Princess dari Pelabuhan Yokohama Jepang, pada 1 Maret 2020

Foto 4.4 Presiden Jokowi Bersama Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto Mengumumkan Pasien Pertama COVID-19 di Indonesia di Istana Kepresidenan pada 2 Maret 2020

Foto 4.5 Juru Bicara Pemerintah untuk Penanganan COVID-19, Achmad Yurianto Memberikan Keterangan Pers di Kantor Presiden pada 11 Maret 2020

Foto 4.6 Sejumlah Aparat Kepolisian Memeriksa Pengendara di Kota Bandung saat diterapkannya PSBB, 22 April 2020

Foto 4.7 Seorang Petugas Kepolisian melaksanakan Operasi Penyekatan PPKM Darurat di Kota Pontianak, Kalbar, 6 Juli 2021.

Foto 4.8 Petugas medis bersiap di ruang perawatan Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran Jakarta pada 23 Maret 2020.

Foto 4.9 Kapasitas sebuah rumah sakit di Semarang Jawa Tengah overload yang menyebabkan pasien harus dirawat di luar ruangan, 2 Juli 2021

Foto 4.10 Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal di Perkantoran Tenayan Raya Kota Pekanbaru pada 26 Mei 2021

Foto 4.11 Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal yang dilakukan di Bundaran Besar Kota Palangkaraya pada 7 November 2021

Foto 4.12 Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal yang dilakukan di Auditorium Universitas Sam Ratulangi Manado, pada 3 April 2021

Foto 4.13 Petugas medis mengambil sampel tes cepat antigen saat pelacakan COVID-19 dari sejumlah pedagang di Pasar Kreneng, Denpasar Bali pada 27 Juli 2021.

Foto 4.14 Wisma Atlet Kemayoran pertama kali dioperasikan sebagai RSDC pada 23 Februari 2020 oleh Presiden Joko Widodo

Foto 4.15 Petugas medis mengamati monitor kamera CCTV yang ada di ruang perawatan pasien COVID-19 di RSDC Wisma Atlet Kemayoran pada 11 Desember 2021

Foto 4.16 Sebuah Apotek di Bali Memajang Pemberitahuan Kehabisan Stok Masker dan Produk Cairan Antiseptik pada 3 Maret 2020

Foto 4.17	Seorang petugas medis mendorong tangki oksigen di tenda darurat ditengah krisis oksigen yang dialami oleh RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 4 Juli 2021
Foto 4.18	Ditengah kelangkaan ventilator, ITB berhasil membuat ventilator berbasis Ambubag Airgency lolos uji fungsi dan Ketahanan dari BPFK Kemenkes RI, 11 Mei 2020
Foto 4.19	Kedatangan vaksin Astrazeneca melalui Covax Facility di Bandara Internasional Soekarno Hatta pada 8 Maret 2021
Foto 4.20	Proses pendistribusian vaksin COVID-19 dari Bio Farma ke 34 Provinsi di Indonesia pada 31 Juli 2021
Foto 4.21	Petugas kepolisian mengawal distribusi vaksin COVID-19 saat akan diberangkatkan dari Banda Aceh ke seluruh wilayah Provinsi NAD pada 1 Februari 2021
Foto 4.22	Bantuan dari Pemerintah Turki tiba di Bandara Soekarno-Hatta, pada 8 Agustus 2021
Foto 4.23	Kepala Badan POM RI, Penny K. Lukito menerima audiensi dari Penasihat Senior Menteri Kesehatan Turki, Prof. Dr. Teyfik Demir pada 24 Juni 2022
Foto 4.24	Penyerahan bantuan obat-obatan COVID-19 dari Bangladesh untuk Indonesia di Bandara Soekarno-Hatta
Foto 4.25	Seorang petugas medis sedang melakukan uji usap PCR untuk COVID-19 di rumah sakit milik BUMN di Medan pada 12 Juni 2020
Foto 4.26	Petugas medis melakukan aktivitas di ruang ekstraksi Laboratorium Biomolekuler RS Pelindo Husada Citra di Kota Surabaya pada 12 Mei 2020
Foto 4.27	Demonstrasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di DPR menolak pembahasan RUU Kesehatan pada 5 Juni 2023.
Foto 4.28	Peluncuran Aplikasi SATUSEHAT pada 27 Juli 2022
Gambar 1.1	Kerangka Kerja Sistem Kesehatan WHO
Gambar 2.1	Linimasa Aturan Hukum Desentralisasi Kesehatan
Gambar 2.3	Pendulum 2 kutub ekstrim: dimana di sebelah kiri pemerintah tidak berperan, sementara yang di kanan pemerintah sangat berperan.
Gambar 2.4	Struktur Konsil, Organisasi, dan Kolegium dalam Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran

Gambar 2.5 Linimasa Perkembangan Kebijakan Desentralisasi dan Otonomi Daerah Dalam Kelembagaan Rumah Sakit (1999 - 2009)
Gambar 2.6 Logo Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
Gambar 2.7 Logo Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio
Gambar 2.8 Website Sistem Informasi Kepegawaian
Gambar 2.9 Sejarah Kelembagaan Komunikasi dan Informatika
Gambar 3.1 Aliran Dana dari Sumber Dana ke Penyedia Layanan Publik – contoh Kesehatan Maternal Neonatal
Gambar 3.2 Perhitungan Aktuaria Iur Peserta BPJS Kesehatan
Gambar 3.3 Defisit Anggaran dari Tiap Segmen Peserta BPJS
Gambar 3.4 Isi Piringku Pedoman Makan Kekinian Orang Indonesia
Gambar 3.5 Logo GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)
Gambar 3.6 Flyer: 12 Indikator Keluarga Sehat (PINKESGA)
Gambar 3.7 Poster Kampanye Program “Isi Piringku”
Gambar 4.1 Flyer Dukungan terhadap para dokter dan paramedis dalam penanganan Covid-19 di Indonesia, pada 24 Maret 2020
Gambar 4.2 Flyer informasi dari Sekretaris Kabinet RI tentang kesucian dan kehalalan vaksin COVID-19
Gambar 4.3 Jejaring Laboratorium Pemeriksa COVID-19, Januari 2021
Gambar 4.4 Sturktur Organisasi Kementerian Kesehatan
Gambar 4.5 Linimasa Penyusunan RUU Kesehatan
Gambar 4.6 Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan dengan RIBK
Gambar 4.7 Kuota Pemberian Beasiswa bagi Dokter Spesialis
Gambar 4.8 Target Transformasi Internal Kemenkes
Gambar 4.9 Transformasi Logo Kementerian Kesehatan RI
Gambar 5.1 RS Penyelenggara Pendidikan Utama Hospital-Based Specialist
Gambar 5.2 Struktur Konsil Kedokteran Indonesia berdasarkan PP 28 tahun 2024

Daftar Grafik

Grafik 2.1	Tren Peningkatan Anggaran Kesehatan di APBN Tahun 2005-2011
Grafik 2.2	Realisasi APBN Tahun 2001-2008: Tentang Dana Otsus, Penyesuaian dan Perimbangan
Grafik 2.3	Pembiayaan Kesehatan di Indonesia Tahun 2000-2009
Grafik 3.1	Anggaran *Mandatory Spending* 2016-2020
Grafik 3.2	Realisasi/Alokasi Anggaran DAK Kesehatan (dalam triliun rupiah)
Grafik 3.3	Alokasi dana BOK tahun 2016-2023
Grafik 3.4	Kepesertaan BPJS
Grafik 3.5	Persentase Anggaran Kesehatan dengan OOP dibanding Pengeluaran Kesehatan Total Tahun 2009-2019
Grafik 3.6	Defisit Anggaran dari Tiap Segmen Peserta BPJS
Grafik 3.7	Penerimaan Cukai Rokok 2019-2020
Grafik 3.8	Tren Puskesmas Tanpa Dokter dan Pemenuhan Dokter melalui Nusantara Sehat, Tahun 2015 - 2021
Grafik 3.9	Perbandingan Pertumbuhan Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah (2015 - 2024)
Grafik 4.1	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan
Grafik 4.2	Penggunaan SIMRS di rumah sakit Indonesia dari tahun 2010, 2015 dan 2020
Grafik 5.1	Skema Pinjaman dari Luar Negeri

Grafik 6.1 Angka Kematian Bayi (AKB) dari tahun 2000 hingga 2020
Grafik 6.2 Angka Kematian Ibu (AKI) Nasional Tahun 1994 hingga 2023
Grafik 6.3 Angka Kematian Ibu (AKI) Per Provinsi Tahun 2020
Grafik 6.4 Angka Beban Penyakit (DALY - Morbiditas) Tahun 2000-2021
Grafik 6.5 Angka Kematian (Mortality) Tahun 2000-2021
Grafik 6.6 Jenis-jenis Pembiayaan Kesehatan tahun 2000-2021
Grafik 6.7 Biaya Klaim BPJS Untuk Penyakit Umum, tahun 2015-2022
Grafik 6.8 Perkembangan Rumah Sakit Berdasarkan Regional (2012 - 2024)
Grafik 6.9 Perkembangan Distribusi Jumlah 7 Jenis Dokter Spesialis tahun 2015-2024

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Realisasi/Alokasi Anggaran DAK Kesehatan (dalam triliun rupiah)
Tabel 2.2	Permasalahan akuntabilitas Pengelolaan DAK
Tabel 2.3	Tingkat Pemanfaatan Biaya Per Segmen BPJS Kesehatan
Tabel 2.4	Besaran Iuran BPJS dari Tahun 2013 - 2020
Tabel 2.5	Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di Indonesia
Tabel 5.1	Perbandingan proses pendidikan spesialis Hospital-based dan University-based
Tabel 6.1	Daftar Rumah Sakit Rujukan COVID-19

BAB I
Pendahuluan

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan senantiasa dibutuhkan oleh manusia sejak lahir hingga meninggal dunia. Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan dari segi informasi, pelayanan preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif merupakan hal pokok yang yang seharusnya dapat diakses oleh setiap individu secara mudah. Bahkan paradigma pelayanan kesehatan kini bertambah seiring dengan pembaruan undang-undang di bidang kesehatan yaitu pelayanan kesehatan paliatif. Sejarah kesehatan di Indonesia pasca kemerdekaan tidak dapat dilepaskan dari rezim politik pemerintahan yang sedang berkuasa. Dalam konteks ini, sejarah kesehatan di Indonesia dapat terbagi ke dalam 3 periode. Periode yang pertama masa pasca kemerdekaan (masa pemerintahan Presiden Soekarno), periode kedua adalah masa Orde Baru dan periode keempat adalah Masa Reformasi. Masing-masing dari periode tersebut memiliki pengaruh signifikan terhadap agenda pembangunan kesehatan di Indonesia.

Kebijakan-kebijakan dalam bidang kesehatan di Indonesia perlu dikaji dengan tujuan untuk memahami apa yang melatarbelakangi kebijakan tersebut muncul dan juga menilai apakah efektivitas dari kebijakan di bidang kesehatan tersebut menimbulkan suatu dampak yang mempengaruhi kebijakan kesehatan pada masa kini. Hal ini juga selaras dengan motif kajian sejarah yang berupaya untuk mengadakan penyelidikan dan kemudian melaksanakan pencatatan mengenai hubungan sebab akibat yang berpengaruh terhadap adanya perubahan, perkembangan, pengulangan, dan keberlanjutan dalam kebijakan kesehatan yang melintasi ketiga periode tersebut.

Setelah kemerdekaan tahun 1945, dalam bidang kesehatan terjadi kekacauan dalam tatanan hukum ketika pemerintah Indonesia merebut sebagian aset dari Belanda, dalam historiografi hal ini dikenal dengan kebijakan Nasionalisasi dan Indonesianisasi. Banyak rumah sakit militer, keagamaan, dan pemerintah

kolonial Belanda yang berubah kepemilikannya menjadi milik TNI, pemerintah daerah, atau pemerintah pusat. Perpindahan kepemilikan dari lembaga keagamaan menjadi kepemilikan pemerintah menjadi salah satu faktor penyebab penurunan subsidi dari luar negeri.[1]

Pada awal kemerdekaan, pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang No. 18 Tahun 1953 tentang Merawat Orang-Keluarga Miskin dan Orang-Orang yang Kurang Mampu serta Undang-Undang No. 48 Tahun 1953. Kedua undang-undang ini menjadi dasar hukum untuk penunjukan rumah sakit swasta yang merawat keluarga miskin dan orang-orang kurang mampu, meskipun pelaksanaannya tidak jelas. Rumah sakit di Indonesia beroperasi dengan sumber anggaran yang terbatas dan harus mencari pendapatan sendiri untuk biaya operasionalnya. Pada masa Presiden Soekarno, pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan yang tidak bergantung pada bantuan asing untuk rumah sakit, sementara bantuan asing dari WHO dan USAID diarahkan untuk pemberantasan malaria.[2]

Masa pemerintahan Soekarno terutama setelah tahun 1950 merupakan bagian penting dalam menentukan arah kebijakan kesehatan di Indonesia, karena pada periode inilah terjadi proses dekolonisasi dan modernisasi dalam wacana kebijakan kesehatan dilakukan.[3] Konsep dekolonisasi dan modernisasi dalam hal ini bisa dipahami sebagai kebijakan kesehatan yang anti kolonial seiring dengan muncul semakin menguatnya peran dan struktur negara.[4] Intinya, bagaimana negara dengan segala fungsi dan perangkatnya memandang dan menerapkan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakatnya.

Namun pada sisi yang lain, kekuatan ekonomi negara tidak cukup mampu untuk merealisasikan gagasan dan ide modernisasi dalam bidang kesehatan pada masa ini. Pada sisi ekonomi, negara tidak saja harus menghadapi perekonomian yang guncang akibat perang dan revolusi, tapi juga dibebani warisan hutang yang besar, dan tidak mampu menyelenggarakan pemungutan pajak yang efektif.[5] Sampai pertengahan tahun 1950-an, perekonomian Indonesia masih dikuasai oleh perusahaan-perusahaan besar milik Belanda, *The Big Five.* Hal menjadi

1 Laksono Trisnantoro, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit* (Yogyakarta: UGM Press, 1999).
2 Departemen Kesehatan, *Sejarah Kesehatan Nasional Jilid II* (Jakarta: Depkes, 1978).
3 Vivek Neelakantan, *Memelihara Jiwa-Raga Bangsa: Ilmu Pengetahuan, Kesehatan Masyarakat, dan Pembangunan Indonesia di Era Soekarno, (Jakarta: Buku Kompas, 2017),* hlm. 72.
4 Adrian Vickers, "Mengapa tahun 1950-an penting bagi Kajian Sejarah Indonesia", dalam Henk Schulte Nordholt (ed.), *Perspektif Baru Penulisan Sejarah Indonesia,* (Jakarta: KITLV-YOI, 2008), hlm. 67.
5 Benedict Anderson, "Old State New Society: Indonesia's New Order in Comparative Historical Perspective," dalam *Journal of Asian Studies*, Vol. XLIII, no. 3, May 1983, hlm. 477-496.

salah satu penyebab berbagai program modernisasi kesehatan tidak dapat direalisasikan pada masa ini.

Pasca tahun 1950-an, pemikiran kebijakan yang muncul adalah bagaimana sistem kesehatan yang ideal dan fungsi negara dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.[6] Tidak banyak kondisi kesehatan yang berubah di Indonesia pada waktu itu jika dibandingkan dengan masa kolonial. Sarana dan prasarana kesehatan Indonesia pasca kemerdekaan hampir semuanya merupakan warisan dari masa kolonial. Bahkan peraturan mengenai kesehatan hasil pemerintah kolonial Belanda *Staatsblad Nederlandsch Indie No 97 Tahun 1882* masih diberlakukan.

Undang-undang produk pemerintah kolonial Belanda tersebut baru dicabut ketika pemerintah Indonesia mengesahkan Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan. Dalam undang-undang ini peran dan wewenang pemerintah juga begitu dominan karena mengatur dan mengawasi masalah kesehatan dari hulu sampai hilir. Dengan jelas undang-undang ini menyatakan bahwa masalah kesehatan masyarakat Indonesia merupakan tugas pemerintah. Tidak ada pihak/lembaga lain selain pemerintah yang mempunyai wewenang untuk menyelenggarakan kesehatan di Indonesia. Hanya ada pihak swasta yang disebut dalam undang-undang ini yang ikut menyelenggarakan pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit swasta dan perusahaan farmasi swasta.

Namun undang-undang ini pada masa pemerintahan Soekarno praktis tidak dapat dijalankan secara efektif karena anggaran negara yang terbatas. Hal ini menyebabkan tugas-tugas pemerintah yang diamanatkan oleh undang-undang tidak banyak yang direalisasikan. Hal ini diperparah dengan kebijakan pemerintah Soekarno pada 20 Januari 1965 menyatakan keluar dari Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Kebijakan ini secara langsung mengakibatkan lembaga-lembaga dibawah naungan PBB seperti WHO dan UNICEF yang selama ini mempunyai berbagai bantuan dan program peningkatan kesehatan rakyat, menghentikan seluruh aktivitasnya di Indonesia.

Pada masa pemerintahan Orde Baru, sektor kesehatan di Indonesia mencatat kembalinya lembaga donor internasional seperti WHO dan UNICEF.[7] Pelayanan kesehatan primer menjadi fokus utama. Sistem jaminan pembiayaan pemerintah masih terbatas bagi pegawai negeri dan militer, seperti yang telah terjadi sebelumnya.[8] Pada sektor swasta, pengelola yayasan dan perkumpulan keagamaan mulai melihat rumah sakit sebagai institusi yang tidak lagi

6 Terence H. Hull (ed.), *People, Population, and Policy in Indonesia (Celebrating Indonesia*), (Equinox Publishing, 2005), hlm. 78.
7 Departemen Kesehatan, *Sejarah Kesehatan Nasional Jilid III* (Jakarta: Depkes, 1978).
8 L. Guadiz-Padmohoedojo. *Historical Development 2nd Edition* (Jakarta: PT Askes Indonesia, 1995).

memerlukan dukungan finansial eksternal. Secara bertahap, banyak rumah sakit keagamaan mulai bergantung pada pendapatan sendiri, bukan subsidi luar seperti pada masa kolonial Belanda. Namun, perkembangan ini berdampak pada kekurangan dana bagi rumah sakit pemerintah di Indonesia, termasuk dalam hal pembayaran gaji dan insentif yang layak bagi dokter. Subsidi untuk rumah sakit pemerintah hanya terbatas pada gaji tenaga kesehatan dan pembelian peralatan. Sistem penggajian tenaga kesehatan, termasuk dokter, mengikuti pola pegawai negeri sipil, yang tidak selalu memenuhi harapan dokter. Insentif bagi dokter di rumah sakit pemerintah yang berasal dari pendapatan rumah sakit selama masa Operasi Tertib (Opstib) bahkan dianggap sebagai pelanggaran, menurut komunikasi pribadi dengan mendiang Dr. Soedibjo Sardadi MPH, yang menjabat sebagai direktur RS Sardjito pada tahun 1980-an.

Sebagai hasilnya, dokter spesialis pemerintah memanfaatkan waktu mereka untuk bekerja di rumah sakit swasta atau membuka praktik pribadi untuk meningkatkan penghasilan mereka. Hal ini tercermin dari fenomena dimana banyak rumah sakit yang didirikan atau dimiliki oleh dokter spesialis pemerintah di berbagai kota. Sebagai akibatnya, dokter tidak hanya bertindak sebagai tenaga medis, tetapi juga sebagai pemilik penyedia layanan kesehatan. Salah satu titik penting dalam sejarah rumah sakit adalah perubahan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/86 terkait rumah sakit swasta. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan baru (Menkes/Per/II/1990), lembaga yang berorientasi pada profit diperbolehkan menjadi bentuk hukum rumah sakit. Perubahan ini menandai meningkatnya pengaruh pasar dalam sektor kesehatan di Indonesia.

Pada tahun 1990-an, pemerintah menyediakan subsidi biaya operasional melalui program OPRS dari Departemen Kesehatan dan SBO dari Departemen Dalam Negeri.[9] Namun, subsidi tersebut terbukti tidak mencukupi, dan tidak ada insentif untuk pendapatan dokter. Melalui Keputusan Presiden Nomor 38 tahun 1991, pemerintah Indonesia memperkenalkan kebijakan rumah sakit swadana. Kebijakan ini bertujuan memberikan otonomi keuangan kepada rumah sakit yang didukung oleh konsep subsidi silang pasien di rumah sakit. Namun, konsep subsidi silang ini tidak berhasil karena sulit untuk mendapatkan keuntungan dari pasien kaya untuk digunakan sebagai subsidi bagi pasien miskin. Kebijakan swadana kemudian dihentikan oleh pemerintah Indonesia pada tahun 1998, dan digantikan dengan konsep Perusahaan Jawatan (Perjan) untuk RSUP. Pada tahun 2005, terjadi perubahan lagi di mana status RSUP sebagai Perjan diubah menjadi Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004

9 Laksono Trisnantoro, *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar* (Yogyakarta: Andi Offset, 2005).

dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005. Perubahan ini menunjukkan adanya proses korporatisasi rumah sakit pemerintah. Korporatisasi menjadikan rumah sakit pemerintah sebagai lembaga usaha (walaupun tidak diswastanisasi). Gejala ini terjadi di berbagai belahan bumi dengan didahului oleh rumah sakit di Amerika Serikat.[10]

Setelah bertahan 30 tahun lebih, akhirnya pemerintah Orde Baru mengeluarkan peraturan baru mengenai kesehatan yaitu Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang menggantikan Undang-undang No. 9 Tahun 1960. Pemerintah Orde Baru menggunakan istilah pembangunan kesehatan sebagai jargon dalam undang-undang ini. Visi pemerintah Orde Baru dalam pembangunan kesehatan adalah mempertinggi derajat kesehatan, dengan melakukan pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.[11]

Semua tugas dan kewajiban dalam mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan ada ditangan pemerintah. Namun dalam peraturan ini aspek partisipasi masyarakat sudah muncul. Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin. Artinya pemerintah Orde Baru memberi peluang bagi masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, namun tidak menyebut secara khusus lembaga tertentu. Masyarakat juga dilibatkan dalam pengadaan tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan, pengelolaan kesehatan, serta pembiayaan kesehatan (jaminan pemeliharaan kesehatan).

Peraturan ini juga membuka kesempatan bagi masyarakat untuk berperan serta dalam memberikan pertimbangan untuk menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan. Peran serta masyarakat dalam hal ini dapat disalurkan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya. Dalam hal tenaga kesehatan ini, pemerintah membentuk Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan untuk menegakkan disiplin bagi tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam menjalankan profesinya. Wewenang pembinaan dan pengawasan

10 Alexander S. Preker, April Harding, *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals* (World Bank Publications, 2003); Florence Eid, *Hospital governance and incentive design : the case of corporatized public hospitals in Lebanon* (The World Bank, 2001).

11 Undang-undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.

terhadap semua kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta, dalam peraturan ini, ada di tangan pemerintah.

Pada tahun 1997/1998, terjadi krisis ekonomi di Indonesia yang membuat akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan menjadi sulit. Salah satu faktor penyebab krisis tersebut adalah kerentanan ekonomi Indonesia karena dampak dari liberalisasi perdagangan pasar modal dan keuangan,[12] serta kurangnya transparansi dan demokrasi.[13] Sebagai respons terhadap hal ini, pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) atau *social safety net.* Program ini merupakan bentuk pengaman sosial yang digunakan oleh negara-negara yang berlandaskan mekanisme pasar, sebagai sistem perlindungan bagi masyarakat miskin yang tidak mampu membeli layanan kesehatan.[14] Di Amerika Serikat, program ini dikenal dengan kebijakan *Medicaid* dan *Medicare* yang diberlakukan pada tahun 1960-an.

Program JPS ini kemudian diikuti dengan kebijakan penyediaan dana keluarga miskin yang berasal dari dana kompensasi BBM mulai tahun 2001. Dengan adanya model JPS maka kebijakan yang dipakai adalah: pemberi subsidi adalah pemerintah bukan pasien rumah sakit yang kaya dengan konsep subsidi silang. Pada tahun 1999, kebijakan desentralisasi diberlakukan di Indonesia, yang menghasilkan perkembangan wilayah menjadi berbagai lingkungan ekonomi yang berbeda-beda. Setiap wilayah dapat memiliki sistem kesehatan yang berbeda-beda. Sebagai contoh, di wilayah dengan tingkat ekonomi yang kuat, layanan kesehatan swasta mungkin dominan. Selama periode ini, sektor kesehatan mengalami banyak perubahan, termasuk dalam hubungannya dengan pemerintah daerah dan swasta.

Pada tahun 2020, terjadi pandemi COVID-19 yang memiliki dampak yang sangat serius. Sistem kesehatan hampir mengalami kegagalan total. Namun, selama masa pandemi COVID-19, berbagai inovasi diimplementasikan dalam sektor kesehatan. Inovasi-inovasi ini menjadi dasar dari kebijakan Transformasi Kesehatan yang diperkuat oleh Undang-Undang Kesehatan tahun 2023 yang bersifat *Omnibus Law.* Sebelas undang-undang terkait sektor kesehatan dicabut dan diperbaiki. Namun, masih banyak undang-undang yang mengatur sektor kesehatan yang belum dimasukkan ke dalam *Omnibus Law*, termasuk Undang-Undang SJSN (2004) dan Undang-Undang BPJS (2011).

12 Joseph E. Stiglitz, *Globalization and Its Discontents 1st Edition* (London: Penguins Book, 2002).
13 M. Sadli, *Dampak Krisis Ekonomi Pada Kemiskinan* (Jakarta: Business News, 1999).
14 Anthony R. Kovner and James R. Knickman (ed.), *Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States,* (Springer Pub Co, 1999).

Kebijakan kesehatan seperti yang terjadi di Indonesia sebelum Reformasi Politik 1999 merupakan suatu proses panjang, berkesinambungan, dan termasuk dalam area untuk diperdebatkan secara historis. Kebijakan kesehatan dipahami sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan melalui penetapan produk hukum UU sebagai action yang menghasilkan efek ke berbagai pihak. Kebijakan Kesehatan sendiri tidak lepas dari perkembangan sejarah pemerintahan politik di suatu negara. Oleh karena itu, penulisan ini mengambil pokok awal dari adanya Reformasi Politik pada tahun 1999 yang mengakhiri era pemerintahan Orde Baru menuju era Reformasi, yang mempunyai ciri khas pada penerapan prinsip-prinsip demokratisasi, otonomi daerah dan desentralisasi pemerintahan ke provinsi dan kabupaten/kota.

Pertanyaan menarik adalah bagaimana dampak reformasi politik di tahun 1999 terhadap sektor kesehatan. Bagaimana mengukur keberhasilan reformasi pada sektor kesehatan dan apa saja indikatornya. Secara ideologis, beberapa pihak memandang pelayanan kesehatan sebagai hak untuk semua orang. Pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang pantas untuk didapatkan oleh semua pihak. Namun dengan keterbatasan sumber dana pemerintah, tentu akan ada kebijakan yang mengarah ke pemerataan seperti yang ada di Sila Keadilan Sosial Bagi Seluruh rakyat Indonesia. Oleh karena itu pendanaan kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam ideologi kebijakan dalam era Reformasi. Sesuai namanya, reformasi politik merupakan hal yang sangat penting untuk mencapai cita-cita bangsa yang dinyatakan dalam UU 1945.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka hal pokok yang dijadikan fokus dalam kajian sejarah ini adalah dinamika dan perubahan serta perkembangan penting dan mendasar dalam mengenai kebijakan kesehatan di Indonesia sejak masa reformasi sampai dengan masa post-pandemi COVID-19. Untuk memudahkan dalam operasional kajian buku sejarah ini, rumusan masalah tersebut kemudian dijabarkan dalam beberapa pertanyaan yaitu 1). Apakah tujuan pembangunan kesehatan selama 25 tahun pasca Reformasi telah tercapai? 2). Faktor apa saja yang mendasari diterapkannya berbagai kebijakan kesehatan di Indonesia pada periode itu? 3). Apa dampak dari implementasi berbagai kebijakan kesehatan itu bagi kesehatan masyarakat khususnya dan kehidupan bernegara umumnya? 4).Apakah berbagai produk hukum yang mengatur sektor kesehatan selama periode tersebut sudah mencerminkan kebijakan kesehatan yang reformis dan komprehensif? 5). Apakah berbagai kebijakan kesehatan pada periode tersebut sudah mencerminkan pemerataan yang berkeadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia?

Kajian buku sejarah ini menentukan batasan temporal awalnya pada tahun 1999 ketika terjadi Reformasi Politik di Indonesia. Peristiwa politik ini yang menuntut pemberlakukan demokratisasi di Indonesia kemudian diterjemahkan dengan dibuatnya berbagai peraturan perundangan yang mencerminkan adanya perimbangan kekuasaan dan pelimpahan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah, termasuk kalangan *civil society*. Hal ini juga berlaku pada sektor kesehatan, oleh karena itu tahun 1999 menjadi periode waktu yang penting untuk melihat awal berbagai perubahan kebijakan kesehatan di Indonesia. Sementara itu kajian ini menentukan tahun 2023 sebagai batasan akhir temporal karena pada waktu itu diterbitkan Undang-undang No. 17 Tahun 2023. Berbagai perubahan mendasar pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 membawa implikasi signifikan bagi sistem kesehatan di Indonesia secara reformis. Kemenkes terlihat melakukan konsolidasi agar terjadi koordinasi dan sinkronisasi pemerintahan di sektor kesehatan. Prinsip *Government is to govern* diterapkan dalam proses penyusunan UU ini. Untuk batasan spasial, buku ini merupakan kebijakan kesehatan secara makro sehingga kajiannya bersifat nasional. Meskipun buku ini didesain sebagai buku babon namun karena keterbatasan waktu dalam melakukan kajian historis, maka tentu tidak dapat memasukkan semua substansi yang tercakup dalam tema.

Konsep kebijakan kesehatan yang digunakan dalam buku ini mengacu pada definisi yang dirumuskan oleh Walt, yaitu:

> *Health policy embraces courses of action that affect the set of institutions, organizations, services, and funding arrangements of the health care system. It goes beyond health services, however, it includes actions or intended actions by public, private, and voluntary organizations that have an impact on health.*[15]

Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Pemahaman tentang arti kebijakan kesehatan dilengkapi oleh Janovsky & Cassels sebagai:

> *"The networks of interrelated decisions which together form an approach or strategy in relation to practical issues concerning health care delivery".*[16]

Atas dasar itu ia membagi kebijakan kesehatan dalam Kebijakan teknis (*technical policies*) atau kebijakan operasional *(operational policies*) yang cenderung bernuansa pelaksanaan kegiatan dan Kebijakan institusional (*institutional policies*) atau

15 Gill Walt, *Health Policy: An Introduction to Process and Power* (Bloomsbury Academic, 1994).

16 Janovsky K, Cassels A. "Health policy and systems research: issues, methods, priorities". In: Janovsky K, ed. *Health Policy and System Development: an Agenda for Research*. (Geneva: World Health Organization, 1995).

kebijakan strategis (*strategic policies*) yang cenderung bernuansa strategis. Oleh karena itu, ada yang melihat kebijakan kesehatan sebagai kebijakan publik karena memang memuat kebijakan publik yang tak ada perbedaan namun berlaku untuk bidang kesehatan.

Buku ini disusun berdasarkan kerangka kerja WHO untuk menganalisis sistem kesehatan Indonesia dalam rentang waktu keempat periode sejarah itu. Dalam konteks historis kerangka kerja ini juga relevan untuk digunakan dalam menganalisis terjadinya perubahan, keberlanjutan, pengulangan dan perkembangan dalam kebijakan kesehatan selama periode yang dikaji. Pada tahun 2010, WHO memperkenalkan pendekatan baru terhadap sistem kesehatan dengan menggunakan konsep *building blocks* atau blok-blok bangunan sistem kesehatan. Setiap blok ini memiliki tujuan dan atribut tertentu yang berkontribusi pada keberhasilan sistem secara keseluruhan. Blok-blok tersebut mencakup: penyediaan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, informasi, produk-produk medis, vaksin, dan teknologi, pembiayaan, serta kepemimpinan dan tata kelola. Keseluruhan blok ini dirancang untuk mendukung cakupan akses dan jaminan kualitas dalam pelayanan kesehatan. Cakupan akses merupakan indikator penting untuk memastikan pemerataan pelayanan kesehatan, sedangkan efisiensi sistem dan pengukuran mutu pelayanan merupakan indikator kunci yang digunakan untuk mencapai tujuan sistem kesehatan.[17]

Kerangka sistem kesehatan WHO menetapkan beberapa indikator utama yang perlu diperhatikan, yaitu:[18]

1. Peningkatan status kesehatan (level dan pemerataan),
2. Responsivitas sistem terhadap kebutuhan,
3. Proteksi dari risiko sosial dan finansial, serta
4. Peningkatan efisiensi sistem.

Lebih lanjut, blok pertama berkaitan dengan penyediaan pelayanan kesehatan. Pelayanan yang baik adalah yang diberikan secara efektif, aman, dan bermutu, serta sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan harapan individu. Layanan ini harus tersedia saat dibutuhkan dan tidak memboroskan sumber daya. Pelayanan kesehatan bisa disediakan oleh pemerintah, sektor swasta, atau individu, dengan tujuan memastikan akses yang adil bagi seluruh masyarakat.

Blok kedua adalah sumber daya manusia (SDM) di bidang kesehatan. SDM yang berkinerja baik adalah tenaga kesehatan yang responsif, profesional, dan adil, serta mampu bekerja dengan efisien meskipun terdapat keterbatasan

17 WHO, *Models and tools for Health Workforce Planning and Projections. World Health Organization*, (Geneva: World Health Organization, 2010).

18 WHO, *Ibid.*

sumber daya. SDM kesehatan harus cukup jumlahnya, terdistribusi secara merata, kompeten secara profesional, dan produktif. Blok ini merupakan bagian dari subsistem yang kompleks, melibatkan berbagai institusi seperti perguruan tinggi dan asosiasi profesi. Blok ketiga mencakup sistem informasi kesehatan. Sistem ini harus mampu memastikan produksi, analisis, distribusi, dan penggunaan informasi kesehatan yang terpercaya dan tepat waktu, yang digunakan untuk pengambilan keputusan yang akurat. Informasi yang terkumpul mencakup determinan kesehatan, kinerja sistem kesehatan, dan status kesehatan masyarakat, yang didukung oleh teknologi informasi yang dinamis dan terus berkembang.

Blok keempat meliputi produk-produk teknologi medis seperti obat-obatan, vaksin, dan alat kesehatan. Sistem kesehatan yang baik diharapkan dapat menjamin akses yang merata terhadap produk medis esensial serta teknologi yang aman, efektif, dan efisien. Produk-produk tersebut harus memiliki bukti ilmiah yang kuat dan digunakan secara bijak untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal. Blok kelima adalah pembiayaan kesehatan. Sistem pembiayaan yang efektif mampu mengumpulkan dana yang cukup untuk memastikan semua orang mendapatkan perawatan kesehatan tanpa mengalami kesulitan finansial. Sistem ini juga diharapkan memberikan insentif kepada penyedia layanan dan pengguna agar bersikap lebih efisien dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Blok keenam adalah kepemimpinan dan tata kelola. Kepemimpinan yang baik akan menciptakan kerangka pengambilan keputusan strategis yang didukung oleh regulasi, akuntabilitas, transparansi, dan kolaborasi yang efektif. Tata kelola yang baik juga memastikan bahwa sistem kesehatan berjalan dengan prinsip pemerataan dan bertanggung jawab.[19]

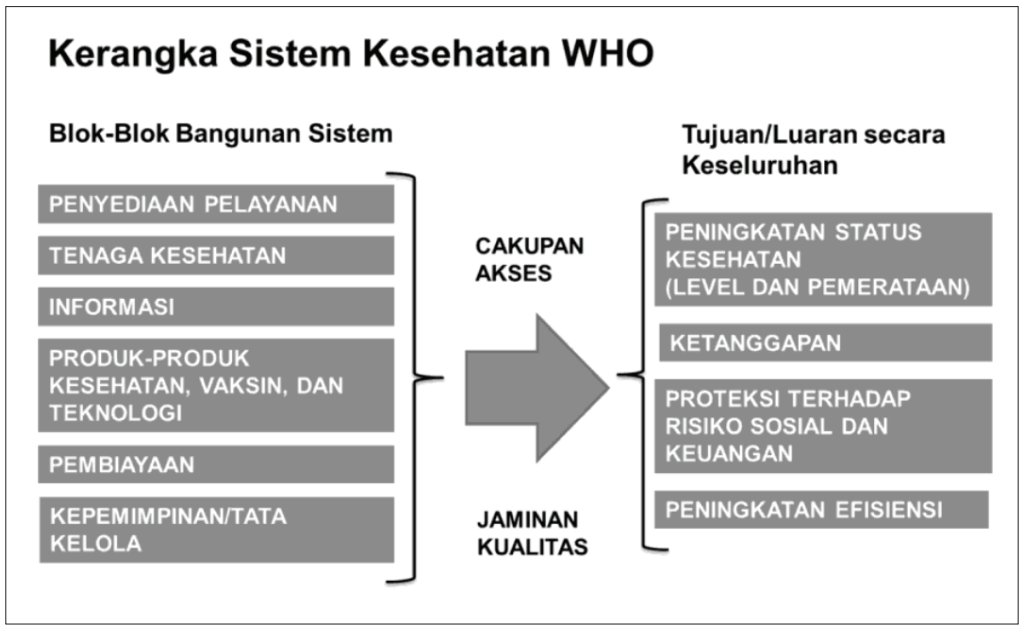
Setiap blok dalam sistem ini saling melengkapi, dan kegagalan pada satu blok dapat menghambat pencapaian tujuan sistem kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi semua blok untuk bekerja secara sinergis dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Lihat Gambar 1.

Metode yang digunakan dalam buku ini adalah metode penelitian sejarah kritis.[20] Proses atau tahapan yang dijalankan mencakup 4 tahapan yaitu heuristik, verifikasi, interpretasi, dan historiografi.

Tahap pertama, adalah *Heuristik* atau pengumpulan sumber. Adapun sumber yang digunakan berupa *traces* jejak sejarah dokumen/arsip tertulis, sumber artefak benda-benda, dan *oral history*/sejarah lisan. Sumber utama adalah arsip dan dokumen yang berhubungan dengan kebijakan kesehatan yang

19 WHO, *The World health report 2000: Health Systems: Improving Performance. In The World Health Report*, (Geneva: World Health Organization, 2000).

20 Kuntowijoyo, *Metodologi Sejarah,* (Yogyakarta: Tiara Wacana, 2003).



Gambar 1: Kerangka Kerja Sistem Kesehatan WHO. Sumber: Laksono Trisnantoro, *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*, (Yogyakarta: UGM Press, 2018).

berdasarkan pada peraturan perundangan baik yang diproduksi oleh lembaga legislatif maupun turunannya yang dikeluarkan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan) sejak masa Reformasi.

Tahap kedua, adalah verifikasi terhadap sumber yang telah ditemukan. Dalam proses verifikasi sumber itu, dilakukan kritik terhadap sumber, yaitu kritik ekstern (kritik terhadap bahan atau barang yang dipakai sumber) untuk mendapatkan autentisitas dari sumber yang digunakan.[21] Setelah itu diadakan kritik intern terhadap sumber, yaitu kritik terhadap isi, apakah isinya itu kredibel (dapat dipercaya kebenarannya), sehingga menjadi fakta sejarah yang akurat apabila dipakai sebagai dasar dan bahan penulisan sejarah ini.[22]

Tahap ketiga adalah *Darstellung* atau interpretasi sumber. Setelah diverifikasi, sumber perlu diinterpretasi untuk mendapatkan kisah sejarah. Klasifikasi secara kronologis atas fakta-fakta yang diperoleh selanjutnya diperlukan untuk merekonstruksi peristiwa sejarah.[23] Dengan demikian terjadi proses yang

21 Kuntowijoyo, *Penjelasan Sejarah,* (Yogyakarta: Tiara Wacana, 2013); Suhartono W. Pranoto, *Teori dan Metodologi Sejarah,* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2010).
22 Helius Sjamsuddin, *Metodologi Sejarah,* (Yogyakarta: Ombak, 2012).
23 Carl E. Trueman, *Histories and Fallacies: Problems Faced in the Writing of History* (Crossway/Good News Publishers, 2010).

berkesinambungan dan secara kronologis dari kisah yang ditulis dan di sisi lain juga untuk menghindari anakronisme atau *fallacy*. Tahap ini bermuara pada sintesis.

Tahap keempat, adalah *Auffassung* (historiografi) dengan menyusun fakta secara logis dan kronologis, serta analisis untuk menghasilkan sebuah kajian sejarah yang berkualitas. Tahap keempat adalah tahap akhir dari penulisan sejarah, yang hasilnya adalah bentuk kisah sejarah yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Data-data yang diperoleh lebih banyak berupa data kualitatif, namun bukan berarti mengabaikan data-data kuantitatif. Data-data itu selanjutnya diolah dengan menggunakan prinsip-prinsip analisis korelatif dan kemudian disajikan dengan menggunakan metode deskriptif-analitis.

Dalam upaya menghasilkan penjelasan sejarah yang lebih komprehensif memerlukan alat serta perangkat analisis berupa pendekatan atau sudut pandang serta kerangka konseptual atau teoritis yang dapat menuntun sejarawan untuk dapat menjelaskan, mengklarifikasi pertanyaan bagaimana dan mengapa suatu peristiwa terjadi. Pendekatan analisis seperti itu menghasilkan gambaran sejarah yang disebut deskriptif analitik atau sejarah kritis-analitis .[24]

Pengumpulan data melingkupi 3 bagian yaitu pertama, berupa pengumpulan data berupa arsip dan dokumen yang dilakukan di berbagai instansi/lembaga, kedua berupa wawancara mendalam (*in depth interview*) terhadap para pelaku sejarah (*key persons*) yang mengambil kebijakan penting dan mendasar dalam sektor kesehatan pada masa Reformasi hingga Post COVID-19, dan ketiga berupa *Focus Group Discussion* (FGD) dengan para ahli dari berbagai disiplin ilmu (politik, hukum, ekonomi, psikologi, informasi dan teknologi, fraud, kebencanaan) yang berkaitan langsung dengan kebijakan kesehatan dan cakupan subjek kajian buku.

Pengumpulan data berupa arsip, dokumen, laporan kerja, hasil monitoring, risalah rapat dan foto-foto yang terkait dengan kebijakan kesehatan dilakukan di Arsip Nasional, Perpustakaan Nasional, PPID Sekretariat DPR, kantor di lingkungan Kemenkes, Arsip Daerah DIY, dan Arsip Daerah Jawa Tengah. Wawancara mendalam dilakukan kepada pelaku sejarah (*key persons*) yang terlibat secara langsung dalam pengambilan keputusan kebijakan kesehatan sesuai dengan ketugasannya. Sementara kegiatan FGD dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan masukan sebanyak mungkin mengenai substansi atau sumber kajian buku yang tidak didapatkan dari kegiatan pengumpulan data diatas.

24 Sartono Kartodirdjo, *Pendekatan Ilmu Sosial dalam Metodologi Sejarah* (Jakarta: Gramedia Pustaka, 1993).













BAB 2

Kebijakan Kesehatan Masa Reformasi Politik Hingga Desentralisasi Kesehatan, 1999-2009

BAB 2
Kebijakan Kesehatan Masa Reformasi Politik Hingga Desentralisasi Kesehatan, 1999-2009

Bab ini membahas mengenai berbagai kebijakan kesehatan di Indonesia sejak masa awal Reformasi tahun 1999 hingga tahun 2009. Fakta historis menjelaskan bahwa pada periode itu sektor kesehatan sangat dipengaruhi oleh dinamika sosial, ekonomi, dan politik yang terjadi di Indonesia. Berbagai kebijakan dalam sektor kesehatan harus mengikuti berbagai peraturan hukum yang dibuat sesuai dengan tuntutan masa Reformasi, terutama mengenai wacana demokratisasi dan otonomi daerah.

Krisis moneter yang melanda Indonesia pada tahun 1997 berdampak luas terhadap dinamika sosial, ekonomi, dan politik, sehingga menjadi krisis multidimensi. Berawal dari peristiwa inilah kemudian terjadi gelombang ketidakpuasan rakyat akan tampuk kepemimpinan Presiden Soeharto dan menuntut adanya suksesi nasional. Ketidakmampuan dalam mengatasi krisis ekonomi serta adanya praktik Korupsi Kolusi Nepotisme (KKN) yang melibatkan keluarga Cendana telah menjadi pemicu munculnya gerakan Reformasi di Indonesia. Gerakan yang dimotori oleh mahasiswa dari berbagai perguruan tinggi di Indonesia ini kemudian semakin meluas pada awal tahun 1998. Gerakan ini menuntut adanya perubahan fundamental dalam praktik kehidupan berkebangsaan dan bernegara. Intinya, gerakan ini ingin mengoreksi cara bernegara yang dipraktikkan oleh rezim Orde Baru yang sentralistik dan otoritarian.

Gerakan Reformasi akhirnya berhasil mengakhiri periode pemerintahan rezim Orde Baru di Indonesia yang telah berkuasa selama 32 tahun. Orde Reformasi kemudian menggantikan tampuk pemerintahan di Indonesia dengan mengusung berbagai perubahan politik sebagai antitesa dari Orde Baru. Demokratisasi dalam kehidupan politik bernegara dan otonomi daerah sebagai wujud dari tata kelola pemerintahan yang baik menjadi salah satu spirit yang

dikumandangkan pada masa itu. Gerakan Reformasi ini membawa angin segar bagi dilakukannya berbagai perubahan mendasar dalam nilai-nilai demokrasi. Pencabutan Dwi Fungsi ABRI, adanya kebebasan berserikat dan pemilihan secara langsung dalam Pemilu, merupakan agenda pokok dalam gerakan Reformasi.

Berbagai peraturan hukum disusun untuk mendasari berbagai praktik baru dalam berdemokrasi di Indonesia. Salah satu hukum yang sangat penting pada awal Reformasi ini adalah disahkannya paket undang-undang bidang politik pada tahun 1999. Dengan peraturan hukum inilah Pemilu 1999 yang menggunakan sistem multi partai dapat diselenggarakan. Agenda Reformasi lainnya yang tidak kalah penting adalah melakukan amandemen terhadap UUD 1945. Amandemen ini dilakukan sebanyak 4 kali dari tahun 1999 hingga 2002. Salah satu dampak lainnya dalam konteks ini adalah menguatnya kedudukan *civil society organization* dan *non-government organization* sebagai penyeimbang kekuasaan negara dan mampu berperan sebagai jembatan antara negara dan masyarakat.[1] Keberadaan *civil society organization* ini menjadi salah satu variabel kunci terjadinya liberalisasi politik, yang ditandai dengan penerapan multi partai, dan transisi menuju demokratisasi yang menjamin adanya perubahan politik yang lebih terbuka.[2]

Euforia yang terjadi pada masa awal Reformasi ini tidak hanya terjadi pada bidang politik saja namun juga mempengaruhi berbagai bidang dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, termasuk dalam sektor kesehatan. Berbagai produk hukum yang disusun dengan tujuan untuk memperbaiki praktik bernegara dan berbangsa, juga terjadi pada sektor kesehatan, misalnya amandemen keempat yang dilakukan pada tahun 2002 terhadap UUD 1945 yang menambah 3 ayat pada pasal 34 mempunyai dampak yang sangat signifikan dalam perubahan kebijakan kesehatan di Indonesia.

A. Transisi Politik Penentu Arah Kebijakan Kesehatan

Untuk menciptakan dan menjaga stabilitas politik dan ekonomi yang kondusif agar terwujud pelaksanaan pembangunan nasional, rezim Orde Baru belajar terhadap kondisi yang terjadi pada masa pemerintahan Soekarno. Oleh karena itulah rezim Orde Baru menerapkan kebijakan politik yang merupakan antitesis dari pemerintahan sebelumnya. Dalam pandangan Orde Baru, ketidakstabilan politik yang terjadi pada masa pemerintahan Soekarno disebabkan oleh sistem

1 A.Brysk, "Democratizing Civil Society in Latin America". *Journal of Democracy*, Volume 11 No. 3, 2000.

2 M. Alagappa, *Civil Society and Political Change in Asia: Expanding and Contracting Democratic Space*. (Stanford: Stanford University Press, 2004).

pemerintahan parlementer yang memungkinkan terdapat banyak partai politik. Hal inilah yang menyebabkan jatuh bangunnya kabinet pemerintahan Perdana Menteri dalam waktu yang relatif singkat. Dapat dikatakan, pada periode ini kondisi politik yang stabil tidak dapat tercipta. Dalam historiografi Indonesia, periode ini yang terjadi antara tahun 1950 sampai dengan tahun 1959 ini dikenal dengan masa Demokrasi Parlementer atau Liberal.[3]

Dengan kondisi politik nasional yang seperti itu, ditambah dengan terjadinya berbagai gejolak kedaerahan yang mengarah pada disintegrasi bangsa (RMS, DI/TII, PRRI/Permesta dan sebagainya), pembangunan menjadi hal yang sulit untuk diwujudkan. Berbagai program pembangunan yang disusun oleh sebuah Kabinet Pemerintahan Perdana Menteri gagal diimplementasikan karena kabinet tersebut sudah terlebih dahulu jatuh dan digantikan oleh kabinet yang baru. Kondisi politik yang seperti ini terjadi silih berganti dan terus menerus sehingga menciptakan ketidakpastian dalam bidang politik yang kemudian berdampak pula dalam bidang ekonomi. Periode ini berhenti pada tahun 1959 ketika Presiden Soekarno mengeluarkan Dekrit Presiden pada 5 Juli 1959, yang mengembalikan penerapan UUD 1945 sebagai dasar negara. Dekrit ini kemudian mengubah sistem pemerintahan dari Demokrasi Parlementer menjadi Demokrasi Presidensial. Dalam historiografi periode ini kemudian dikenal dengan masa Demokrasi Terpimpin.[4]

Kondisi politik pada masa Demokrasi Terpimpin juga tidak lebih stabil dibanding masa sebelumnya. Hal ini dikarenakan pada periode ini terjadi kontestasi politik antara tiga pihak, yaitu Presiden Soekarno, TNI-Angkatan Darat, dan PKI.[5] Kontestasi politik kemudian mewarnai kebijakan politik yang diterapkan oleh Presiden Soekarno pada masa ini yang secara umum dapat diklasifikasikan menjadi tiga hal penting yaitu Pembebasan Irian Barat, Konfrontasi Malaysia, dan Politik Mercusuar. Soekarno menempatkan politik sebagai panglima dalam pemerintahannya. Oleh karena perhatian Soekarno lebih banyak terfokus dalam bidang politik dibandingkan dengan ekonomi. Kontestasi politik antara tiga pihak yang ada pada masa ini kemudian mencapai klimaksnya ketika terjadi peristiwa tragedi nasional yang dikenal dengan peristiwa G 30 S. Peristiwa inilah yang menjadi titik balik terjadinya perubahan rezim pemerintahan Presiden Soekarno menuju rezim Orde Baru.[6]

3 Seri Buku Tempo, *Pergulatan Demokrasi Liberal 1950-1959* (Jakarta: KPG & Tempo Publishing, 2019).
4 Ketut Sedana Arta, Politik Indonesia Pada Masa Demokrasi Terpimpin 1959-1966, *Jurnal Candra Sangkala*, Vol 4, No 1, Maret 2022.
5 Daniel S.Lev, *The Transition to Guided Democracy: Indonesian Politics, 1957-1959.* (Singapore: Equinox, 2009).
6 William A. Redfern, "Sukarno's Guided Democracy and the Takeovers of Foreign Companies in Indonesia in the 1960s', *Disertasi Ph.D.*, The University of Michigan, 2010.

Rezim Orde Baru membalik paradigma politik yang diterapkan oleh pemerintahan Presiden Soekarno. Dalam pandangan Orde Baru yang terjadi pada tahun 1950-an merupakan penerapan demokrasi yang terlalu liberal dan mengancam persatuan dan kesatuan nasional. Oleh karena itu rezim Orde Baru kemudian menempatkan bidang ekonomi sebagai panglima dalam pemerintahannya. Untuk menjadikan ekonomi sebagai panglima dalam pemerintahannya, rezim Orde Baru membutuhkan kondisi politik yang stabil sebagai jaminan agar pembangunannya dapat berjalan tanpa adanya gangguan karena kegaduhan dalam bidang politik. Pembangunan ekonomi lalu diwujudkan dalam tahapan pembangunan lima tahunan yang disebut Pelita. Tidak mengherankan jika rezim Orde Baru pada tahun 1973 kemudian menerapkan kebijakan fusi (penyederhanaan atau penggabungan) partai-partai politik yang bertujuan untuk menciptakan stabilitas sosial dan politik dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Kondisi ini mutlak dibutuhkan untuk dapat melakukan pembangunan ekonomi Indonesia. Sebagai dampak dari kebijakan ini, pada masa periode Orde Baru, Pemilu hanya dapat diikuti oleh dua partai (Partai Persatuan Pembangunan/PPP dan Partai Demokrasi Indonesia/PDI) dan Golongan Karya.[7]

Untuk mencegah munculnya kekuatan-kekuatan di daerah seperti pada periode 1950-an, yang dapat mengancam integrasi bangsa, rezim Orde Baru mewujudkan kuasanya yang bersifat sentripetal, berat sebelah memihak pusat dan meminggirkan daerah. Kekuasaan dipusatkan di Jakarta dan bukan di provinsi, menitikberatkan kekuasaan di tangan negara dan bukan masyarakat. Untuk mengendalikan kekuatan yang ada di daerah, rezim Orde Baru kemudian menerapkan apa yang disebut Dwifungsi ABRI, sebuah jalan yang membuka kesempatan kalangan militer untuk berperan dalam bidang politik. Dalam tataran eksekutif, jabatan-jabatan sipil (gubernur dan bupati) diisi dari kalangan militer. Sementara dalam tataran legislatif, Fraksi ABRI dibentuk di dalam DPR. Kemudian, untuk menjalankan program pembangunannya, Orde Baru berpegang pada doktrin Trilogi Pembangunan, yakni pertumbuhan ekonomi, stabilitas politik, dan pemerataan. Terbitnya UU No. 5 Tahun 1974 tentang pokok-pokok pemerintahan menjadi dasar dari kebijakan sentralisasi kekuasaan pada masa Orde Baru, ketika pemerintah pusat mensentralisasikan pengawasan atas sumber-sumber finansial dan militer. Undang-undang ini merupakan bentuk penolakan langsung atas spirit desentralisasi dan demokratisasi yang ada dalam UU No. 1 tahun 1957. Secara administratif, legal, dan finansial, UU No. 5 tahun

7 Pada masa Orde Baru, Golongan Karya tidak digolongkan partai politik, jadi hanya ada 2 partai politik yaitu PPP dan PDI, lihat M.C. Ricklefs, *Sejarah Indonesia Modern 1200-2004*, (Yogyakarta: Serambi, 2005).



Foto 2.1: Gerakan Reformasi Mahasiswa Menduduki Gedung DPR/MPR pada 18 Mei 1998. Sumber: Koleksi Kompas

1974 meniadakan otonomi daerah dan menempatkan pemerintah daerah dalam posisi yang sangat bergantung pada pemerintah pusat.[8] Dalam konteks kekuasaan yang sentralistis dan tidak ada perimbangan kewenangan dan finansial antara pemerintah pusat dan daerah, kemunculan gerakan-gerakan separatisme seperti yang terjadi di Aceh dan Irian Jaya menjadi dampaknya.

Sementara sifat otoritarian politik rezim Orde Baru, tercermin pada beberapa aspek yakni: 1) tindakan represi atau kekerasan merupakan instrumen utama yang digunakan Orde Baru untuk mencapai stabilitas politik; 2) kekuasaan material yang terkonsentrasi atau disebut klientelisme ekonomi; 3) ideologisasi definisi partikularistik terhadap segala aspek kehidupan bernegara; 4) subordinasi bisnis terhadap negara, Orde Baru memposisikan sektor bisnis bergantung pada negara; 5) pengendalian birokrasi sipil dan militer.[9] Dengan

8 Michael Malley, "Daerah: Sentralisasi dan Perlawanan", dalam Donald K. Emmerson, *Indonesia Beyond Soeharto: Negara, Ekonomi, Masyarakat, Transisi* (Jakarta: The Asia Foundation & Gramedia Pustaka, 2001), hlm. 125.

9 Richard Robinson,."Authoritarian States, Capital-Owning Classes, and the Politics of Newly Industrializing Countries: The Case of Indonesia", *World Politics*, 41(1), October 1988.

adanya kelima aspek tersebut, rezim Orde Baru dapat menciptakan dan memelihara stabilitas sosial dan politik dalam jangka waktu yang cukup lama. Hal ini menyebabkan praktik demokrasi yang dijalankan pada masa Orde Baru tereduksi bahkan menjadi demokrasi semu karena memberangus hak-hak kebebasan sipil.[10]

Krisis moneter yang terjadi pada pertengahan tahun 1997, yang kemudian menjadi krisis ekonomi dan krisis multidimensi yang melanda Indonesia, telah menghancurkan struktur perekonomian yang rapuh. Akibatnya, Indonesia tidak mampu mengatasi krisis moneter yang kemudian justru berdampak luas baik secara internal maupun eksternal. Secara internal, krisis moneter ini memunculkan isu HAM dan politik sedangkan secara eksternal menyangkut masalah finansial. Kegagalan Orde Baru dalam mengatasi krisis ini kemudian memicu gerakan reformasi yang menuntut suksesi kepemimpinan nasional dan perubahan total. Setelah melalui berbagai aksi mahasiswa dari berbagai daerah di Indonesia yang mendesak adanya suksesi presiden, dengan diwarnai tindakan represif militer pada 13-15 Mei 1998 di Jakarta yang menyebabkan kerusuhan sosial di berbagai kota, akhirnya pada 21 Mei 1998 Presiden Soeharto menyatakan berhenti dari jabatannya. Peristiwa ini menjadi penanda berakhirnya rezim Orde Baru yang berkuasa di Indonesia selama 32 tahun sekaligus menjadi awal dari sebuah periode baru yaitu masa Reformasi.

Permasalahan pokok rezim Orde Baru adalah pemerintahan otoriter yang dijalankan dengan sistem sentralistik. Oleh karena itu agenda reformasi yang dijalankan pada masa transisi politik itu adalah pelaksanaan demokratisasi dan desentralisasi.[11] Dalam kerangka semangat euforia kebebasan, demokratisasi dan desentralisasi inilah kemudian disahkan paket UU Politik yaitu UU No. 2 Tahun 1999 tentang Partai Politik, UU No. 3 Tahun 1999 tentang Pemilu, UU No. 4 tahun 1999 tentang Susunan Kedudukan DPR/MPR, UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, dan UU No. 40 Tahun 1999 tentang Pers. Tiga undang-undang pertama berperan dalam menyelenggarakan Pemilu 1999 sebagai pemilu demokratis pertama pasca rezim Orde Baru dengan menggunakan sistem yang benar-benar baru. UU No. 2 Tahun 1999 mengizinkan warga negara untuk mendirikan partai politik, yang kemudian ikut berpartisipasi dalam Pemilu 1999, sebanyak 48 partai politik. UU No. 3 Tahun 1999 menciptakan sistem Pemilu yang baru dengan pendirian Komisi Pemilihan Umum (KPU) sebagai penyelenggara

10 Benedict Anderson,. "Old State, New Society: Indonesia's New Order in Comparative Historical Perspective", *Journal of Asian Studies*, Vol.XLII, No.3. 1983.

11 Susanto Zuhdi, “Epilog: Masa Awal Reformasi”, dalam Taufik Abdullah (ed.), *Indonesia Dalam Arus Sejarah: Dari Orde Baru Hingga Reformasi* (Jakarta: Ichtiar Baru van Hoeve & Kemendikbud, 2012), hlm. 649.



Foto 2.2: Presiden Soeharto Mengundurkan Diri dari Jabatannya pada 21 Mei 1998 yang menandai berakhirnya Pemerintahan Orde Baru. Sumber: national.kompas.com, edisi 30 Juni 2023

yang diisi oleh perwakilan dari pemerintah dan partai politik. [12] Demokratisasi kemudian diperkuat dengan disahkannya UU No. 40 Tahun 1999 tentang Pers dimana kemerdekaan pers merupakan wujud kedaulatan rakyat yang berasaskan demokrasi, keadilan, dan supremasi hukum.[13]

Dalam konteks otonomi daerah dan desentralisasi, pemerintah kemudian menerbitkan UU No. 22 Tahun 1999 (menghapus UU No. 5 Tahun 1974) dan UU No. 32 Tahun 2004 yang mengatur tentang pemerintahan daerah.[14] UU No. 22 Tahun 1999 mencerminkan bahwa otonomi daerah semakin penting diperhatikan karena dapat mendekatkan rakyat kepada pengambil keputusan, mencegah gerakan separatisme, dan dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi di daerah karena adanya peningkatan partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan. Setelah krisis moneter yang mengakibatkan krisis kepemimpinan dan ekonomi

12 Diakses melalui https://jeo.kompas.com/20-tahun-reformasi-catatan-perubahan-indonesia-di-bidang-politik

13 Diakses melalui https://dewanpers.or.id/

14 Pada periode selanjutnya UU ini direvisi menjadi UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

di Indonesia, muncul kesadaran untuk merevisi kebijakan pembangunan yang sangat sentralistis. Maka pemerintah pusat harus bersedia melakukan perubahan dalam manajemen pemerintahan. Apalagi terungkap bahwa sejumlah daerah yang menjadi pemasok sumber daya pembangunan di Indonesia ternyata masyarakatnya tetap dalam kondisi kekurangan. Gugatan kepada pemerintah pusat pun semakin kuat. Berbagai pemerintah daerah ini banyak yang mempertanyakan pembagian porsi kue pembangunan yang dinilai tidak adil.[15]

UU No. 22 Tahun 1999 dan UU No. 32 Tahun 2004 telah mengharuskan kewenangan dan otoritas yang awalnya berada di pemerintah pusat kemudian berpindah kepada pemerintah daerah. Sementara UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah mengamanatkan adanya perimbangan finansial antara pemerintah Pusat dan Daerah. Dalam konteks sektor kesehatan, peraturan perundangan itu kemudian menjadi dasar diberlakukannya kebijakan desentralisasi kesehatan. UU Nomor 22 Tahun 1999 memberikan otonomi yang luas kepada daerah, sehingga semua urusan pemerintahan pusat menjadi urusan daerah, kecuali urusan tertentu. Kewenangan yang diberikan kepada pemerintah daerah mencakup seluruh bidang pemerintahan, kecuali politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, serta agama (pasal 10 ayat 2), sehingga sektor kesehatan merupakan bidang yang harus didesentralisasikan. Hal itu tertuang dalam pasal 11 ayat 2 yang menyatakan bahwa sektor kesehatan merupakan bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten dan daerah kota. Sebagai dampak dari kebijakan desentralisasi kesehatan kanwil-kanwil Departemen Kesehatan dihilangkan. Dengan demikian Dinas Kesehatan Provinsi dan kabupaten/kota menjalankan fungsi dekonsentrasi dari pemerintah pusat untuk kesehatan.[16] Kebijakan Kesehatan seringkali terganggu oleh dua faktor utama yaitu sumber daya manusia (SDM) dan desentralisasi kewenangan. Desentralisasi ini mengalihkan kewenangan dari Departemen Kesehatan ke tingkat kabupaten, yang dianggap menjadi kendala di dalam penerapan kebijakan. Jika posisi tersebut masih dipegang oleh individu yang sama, perubahan diprediksi tidak akan terjadi dengan cepat karena jaringan yang sudah terbentuk.[17]

Amandemen kedua UUD 1945 pada Agustus 2000 menambahkan pasal 28H ayat 1 yang berisi tentang hak warga negara untuk hidup sejahtera, bertempat

15 B.J. Habibie, *Detik-detik yang Menentukan: Jalan Panjang Indonesia Menuju Demokrasi*, (Jakarta: THC Mandiri, 2006), hlm. 484-485.

16 Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.

17 Wawancara dengan Prof. dr. Umar Fahmi Achmadi, M.P.H., Ph.D., Direktur Jenderal PPM & PL Kementerian Kesehatan RI periode 2000-2005, pada 20 September 2024.

tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat. Negara mempunyai tanggung jawab sebagai penyedia fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam konteks tanggung jawab negara tersebut, desentralisasi diharapkan menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi rakyat Indonesia, meskipun pada pelaksanaannya masih terjadi tarik ulur pembagian urusan antara pemerintah pusat dan daerah. Kemudian amandemen keempat UUD 1945 pada Agustus 2002, telah menambahkan 3 ayat pada Pasal 34. Sebelum amandemen keempat, pasal 34 hanya terdiri 1 ayat, namun setelah amandemen pasal ini menjadi 4 ayat. Penambahan dan perubahan penting dalam pasal ini adalah bahwa negara harus mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Atas hasil amandemen keempat UUD 1945 inilah kemudian pemerintah membuat kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat pada 2004 dan menjadi dasar bagi penyusunan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pada periode ini juga diberlakukan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang mengalihkan beberapa wewenang pemerintah dalam bidang sumber daya manusia kepada IDI sebagai salah satu *civil society organization.* Kedudukan *civil society organization* pada masa transisi reformasi ini adalah sebagai pihak yang mengontrol sekaligus penyeimbang kekuasaan pemerintah. UU yang juga diberlakukan dan berdampak signifikan terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia pada masa transisi ini adalah UU Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara. UU ini melimpahkan wewenang pelayanan di rumah sakit kepada pemerintah daerah.

B. Kepemimpinan atau Tata Kelola

Secara teoritis, desentralisasi memiliki makna sebagai kebijakan pemindahan kewenangan dan kekuasaan dari unit pemerintahan yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah dalam suatu hirarki politik administratif dan teritorial negara. Dalam prakteknya, ruang lingkup kewenangan dan cakupan bidang kebijakan ini bisa berbeda-beda antara suatu negara dengan negara lain, karena dipengaruhi oleh konteks historis, kebutuhan dan tujuan serta struktur kelembagaan ketika kebijakan tersebut diterapkan di negara bersangkutan. Dalam literatur, desentralisasi kewenangan dan kekuasaan tersebut umumnya mencakup tanggung jawab dan kewenangan dalam hal perencanaan program dan kebijakan, pengambilan keputusan, pemanfaatan sumber daya dan kewenangan administratif, yang sebelumnya dilakukan oleh pemerintah pusat namun kini



Foto 2.3: B.J. Habibie diambil sumpahnya sebagai Presiden RI Pertama Pada Masa Reformasi 21 Mei 1998 yang Menandai Awal Masa Reformasi. Sumber: kompas.com, edisi 21 Mei 2023

dilimpahkan ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah di bawahnya.[18]

Dengan demikian, tata kelola dan manajemen pemerintahan, serta pengelolaan keuangan dan pembiayaan program pembangunan merupakan bagian inheren dalam sebuah kebijakan desentralisasi. Selain sebagai wujud proses demokratisasi, tujuan utama yang ingin dicapai oleh kebijakan desentralisasi adalah untuk meningkatkan partisipasi publik dalam proses pengambilan keputusan, terwujudnya pelayanan publik yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat setempat, akomodatif terhadap perbedaan sosial dan ekonomi, untuk memperkuat pemerataan sumber daya dan capaian pembangunan nasional, serta meningkatkan efisiensi administrasi pembangunan

18 Mills A, Vaughan JP. Smith DI, Tabibzadeh I., *Health System Decentralization: Concepts, Issues, and Country Experience*. (Geneva: World Health Organization, 1990); Omar M. *Health Sector Decentralization in Developing Countries: Unique or Universal?*. (Leeds: Nuffield Institute for Health, Leeds University, 2001).

daerah. Dalam konteks kebijakan desentralisasi di Indonesia, selain UU No. 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah, pemerintah juga menerbitkan UU No. 25 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah untuk memastikan desentralisasi pemerintahan diperkuat dengan perimbangan keuangan dan tata kelola fiskal.[19] Sebagai tindak lanjut dari kedua UU tersebut, Pemerintah menerbitkan sejumlah Peraturan Pemerintah diantaranya adalah PP No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom, PP No. 39 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi, dan PP No. 52 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan.

Dalam pasal 11 ayat 2 UU No. 22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah disebutkan secara eksplisit bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang harus didesentralisasikan. Sebagaimana halnya sektor-sektor pemerintahan yang lain, desentralisasi di bidang kesehatan juga sudah harus dimulai sejak Januari 2001. Untuk memastikan pelaksanaan desentralisasi ini berjalan dengan baik, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri No. 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan. Di dalamnya disebutkan bahwa tujuan desentralisasi di bidang kesehatan adalah:

> "...mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010".

Untuk mewujudkan tujuan tersebut, Menteri Kesehatan RI menetapkan kebijakan desentralisasi di bidang kesehatan sebagai berikut:[20]

1. Desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman Daerah. Dalam hal ini desentralisasi bidang kesehatan harus dapat: a) Memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial; b) menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata, tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya, termasuk menjamin

19 J.C. Ribot, "African Decentralization: Local Actors, Power and Accountability", *Democracy, Governance and Human Right Papers* No.8 (Washington: United Nations Research Institute for Social Development, 2002); Nick Devas, "Indonesia: What Do We Mean By Decentralization?", *Public Administration and Development*, 17, 1997, pp. 351-46.

20 Departemen Kesehatan RI, *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/MENKES/SK/I/2003* (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2003), hlm. 5-6.

tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin; dan c) mendukung aspirasi dan pengembangan kemampuan daerah melalui peningkatan kapasitas, bantuan teknik, dan peningkatan citra.

2. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan pada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Dalam hal ini maka; a) Daerah diberi kewenangan seluas-luasnya untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimal yang pedomannya dibuat oleh Pemerintah Pusat; b) Daerah bertanggung jawab mengelola sumber daya kesehatan yang tersedia di wilayahnya secara optimal guna mewujudkan kinerja Sistem Kesehatan Wilayah sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional; c) Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten dan Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Provinsi bersifat terbatas.
3. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara, sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah. Dalam hal ini maka: a) Desentralisasi bidang kesehatan tidak boleh menciptakan dikotomi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah; b) Pemerintah Pusat berwenang dalam pengembangan kebijakan, standarisasi, dan pengaturan; c) Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan kebijakan standar dan aturan tersebut, sedangkan Pemerintah Provinsi melakukan pengawasan pembinaan atas pelaksanaan upaya kesehatan oleh Kabupaten/Kota.
4. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian Daerah Otonom, Pemerintah Pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan Daerah dengan meningkatkan kemampuan Daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.
5. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peranan fungsi dan Legislatif Daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, fungsi pengawasan, maupun fungsi anggaran.
6. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan Dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di Daerah Provinsi sebagai wilayah administrasi. Asas dekonsentrasi ini dimaksudkan untuk memberikan kewenangan kepada Daerah Provinsi untuk melaksanakan kewenangan tertentu di bidang kesehatan yang dilimpahkan kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat.
7. Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan pula dilaksanakan Tugas Pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana, dan masalah-masalah gawat-

darurat kesehatan lain.

Lalu bagaimana kebijakan desentralisasi kesehatan tersebut dilaksanakan di lapangan dan sejauh mana tujuan yang ditetapkan Menteri Kesehatan bisa tercapai?

Terdapat sejumlah kajian dihasilkan tidak lama sesudah desentralisasi kesehatan diimplementasikan secara nasional segera sesudah UU No. 22 Tahun 1999 dan sejak Keputusan Menkes RI No. 004 tahun 2003 ini diberlakukan. Salah satu kajian tersebut diantaranya adalah buku yang dihasilkan oleh Laksono Trisnantoro dkk pada 2009. Buku tersebut mengevaluasi secara kritis tujuh tahun pertama pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Dari sisi kelembagaan, Tim ini melihat bahwa desentralisasi kesehatan telah menimbulkan perubahan radikal dalam struktur kelembagaan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Sejak awal tahun 2000an, Kantor Wilayah (Kanwil) dan Kantor Departemen (Kandep) Kesehatan dihapuskan dan dilebur ke dalam Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Ini artinya kewenangan Pemerintah Pusat dialihkan ke pemerintah daerah, khususnya pemerintah kabupaten/kota sebagai ujung tombak pengelola bidang kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Sementara itu, restrukturisasi kelembagaan serupa, anehnya tidak dilakukan di tingkat pusat. Struktur kelembagaan Departemen Kesehatan tidak mengalami perubahan mendasar, bahkan bisa dikatakan sama dengan periode sebelum dimulainya kebijakan reformasi dan desentralisasi. Departemen Kesehatan masih terdiri atas empat Direktorat Jenderal, yaitu Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Bina Kesehatan Masyarakat, Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), dan Pelayanan Farmasi.[21]

Restrukturisasi kelembagaan tersebut ternyata tidak diikuti dengan peningkatan kapasitas pemerintah pusat maupun daerah dalam melaksanakan desentralisasi fiskal dan keuangan, terutama untuk pembiayaan pelayanan kesehatan. Tim Laksono Trisnantoro dkk bahkan menyoroti bagaimana upaya desentralisasi yang dilakukan melalui UU No. 22 Tahun 1999 dan PP No. 25 Tahun 2000 malah mengakibatkan dampak negatif terhadap sistem kesehatan Indonesia, terutama terkait koordinasi dan pembagian peran antara level pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Tim ini menyebut bahwa PP No. 25 Tahun 2000 tidak memberikan ketentuan yang jelas terkait pembagian peran dalam sistem kesehatan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Ketidakjelasan ini kemudian menciptakan kebingungan di antara keduanya

21 Laksono Trisnantoro, dkk., *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan* (Yogyakarta: BPFE Yogyakarta, 2009), hlm. 6.

akibat sering terjadinya tumpang-tindih atau kekosongan dalam pembagian urusan.[22]

Untuk mengawal jalannya desentralisasi, pada 2002 Departemen Kesehatan kemudian membentuk Unit Desentralisasi berdasarkan SK Menteri Kesehatan Rl Nomor 208/Menkes/SK/III/2002.[23] Unit tersebut masih diteruskan pada 2003, yang memiliki tugas dan tanggung jawab berikut.[24]

1. Melakukan telaah kritis terhadap penerapan desentralisasi kesehatan di semua tingkat administrasi, khususnya kabupaten/kota.
2. Menyusun *policy paper* tentang berbagai aspek penerapan desentralisasi kesehatan sebagai bahan masukan bagi pengambilan keputusan.
3. Mengembangkan konsep untuk peningkatan kapasitas institusi di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan.
4. Memfasilitasi berbagai kegiatan untuk menjawab tantangan dan kebutuhan sumber daya dalam rangka penerapan desentralisasi kesehatan.
5. Memfasilitasi pelaksanaan langkah-langkah kunci dan kegiatan dalam Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.

Sayangnya, pembentukan dan pengembangan Unit Desentralisasi juga tidak diikuti dengan pembagian wewenang yang jelas antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Desentralisasi kesehatan kembali diperkuat pada 2004, terutama setelah pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-undang tersebut menetapkan bahwa sektor kesehatan menjadi urusan wajib yang ditangani oleh pemerintahan daerah provinsi (pasal 13) dan pemerintah daerah kabupaten/kota (pasal 14). Kewajiban tersebut juga diperkuat melalui pasal 22, dimana pemerintah daerah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka otonomi daerah. Selain itu, pemerintah daerah juga wajib menggunakan belanja daerah untuk meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan oleh pasal 167.[25] Undang-undang tersebut sejatinya membawa harapan baru mengenai pembagian tugas dan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah dalam sektor kesehatan. Terlebih, pemerintah juga kemudian menerbitkan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah, yang juga mengatur pengelolaan anggaran pada sektor kesehatan. Undang-undang tersebut

22 Laksono Trisnantoro, dkk., *Ibid*., hlm. 10-11.
23 Keputusan Menteri Kesehatan Rl Nomor 208/Menkes/SK/111/2002.
24 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 003 A/Menkes/SK/I/2003.
25 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

mengatur bahwa pemerintah daerah memiliki wewenang terkait penggunaan anggaran fiskal untuk pelayanan publik, yang salah satunya mencakup kebutuhan pelayanan kesehatan.[26]

Tidak lama berselang, Departemen Kesehatan membentuk Tenaga Pendamping Desentralisasi Kesehatan untuk mendorong percepatan proses desentralisasi kepada pemerintah daerah. Tenaga Pendamping Desentralisasi Kesehatan tersebut ditempatkan di berbagai unit kerja Kementerian Kesehatan, mulai dari Ditjen Bina Kesmas, Ditjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Sekretariat Jenderal, Ditjen Pelayanan Medik, Badan Litbangkes, dan Badan PPSDM.[27] Dalam penerapan desentralisasi, Departemen Kesehatan juga bekerja sama dengan World Bank. Fungsi World Bank di sini, tidak lain adalah untuk membantu pemerintah memikirkan mekanisme perimbangan anggaran daerah untuk pembangunan kesehatan.[28] Kolaborasi tersebut menunjukkan adanya upaya untuk menata ulang desentralisasi anggaran kesehatan. Dengan demikian, seharusnya lengkap sudah kebijakan yang memperkuat desentralisasi kesehatan.

Pada tahun yang sama, Departemen Kesehatan menerbitkan Kepmenkes Nomor: 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional sebagai sebuah metode untuk mewujudkan pembangunan kesehatan nasional. SKN tersebut dapat dikatakan sebagai strategi yang disusun oleh pemerintah untuk menangani masalah-masalah kesehatan sekaligus meningkatkan pelayanan kesehatan.[29] Penyelenggaraan SKN berlandaskan pada 7 (tujuh) prinsip utama yakni perikemanusiaan, hak asasi manusia, adil dan merata, pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, kemitraan, pengutamaan dan manfaat, serta tata kepemerintahan yang baik. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tersebut merupakan suprasistem dari Sistem Kesehatan Daerah (SKD), dimana SKD lebih disesuaikan dengan kebutuhan daerah sekaligus menjadi acuan dalam pembangunan kesehatan di kawasan tersebut.[30] Pemosisian SKN dan SKD tersebut tampak makin memperjelas konsep desentralisasi kesehatan.

Sayangnya, berbagai kebijakan di atas tidak lantas menjamin desentralisasi sektor kesehatan. Ketidakjelasan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah masih terus terjadi. Secara konseptual, merujuk pada Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, sektor kesehatan memang menjadi sektor yang dikelola

26 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
27 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1348/Menkes/XII/2004.
28 Wawancara dengan Pandu Harimukti, MPPM, Senior Health Specialist World Bank Office, pada 17 Juli 2024.
29 Wawancara dengan dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2015-2018, pada 7 Agustus 2024.
30 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Arsip Kementerian Kesehatan* Berita Acara 2020, No. 607. (Arsip belum diolah)

oleh pemerintah daerah. Namun desentralisasi tersebut menjadi kacau ketika desentralisasi keuangan dan fiskal justru tidak terjadi karena pengaturan aspek keuangan dan fiskal masih didominasi oleh pemerintah pusat. Selain itu, terdapat beberapa faktor lainnya yang juga berpengaruh. Misalnya, adanya ketimpangan kemampuan fiskal antar provinsi dan kabupaten/kota, dimana sebagian daerah menjadi kaya dengan APBD tinggi, sementara daerah lainnya mengalami hal sebaliknya.[31] Selain itu, terjadi kenaikan dana dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus (DAK) sektor kesehatan dari pemerintah pusat, namun tidak diikuti dengan pola penyaluran yang baik kepada pemerintah daerah. Pola penyaluran melalui dana dekonsentrasi berdampak pada tidak efektifnya pengelolaan keuangan karena sempitnya waktu untuk membelanjakan dan melaporkan penggunaan anggaran, serta penyerapan dana yang rendah. Dampak nyatanya adalah kesulitan pemerintah daerah dalam meningkatkan kualitas maupun kuantitas fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya.

Disisi lain, Departemen Kesehatan tampak masih mengupayakan jalannya desentralisasi. Pada 2006, Departemen Kesehatan memperkuat upaya desentralisasi melalui Unit Desentralisasi yang bertugas melakukan telaah kritis terkait penerapan desentralisasi sekaligus melakukan rekrutmen Tenaga Pendamping Desentralisasi Kesehatan (TPDK), memberikan pembekalan dan melakukan pemberdayaan Tenaga PDK dalam rangka fasilitasi kegiatan desentralisasi ke daerah (provinsi dan kabupaten/kota).[32] Namun, desentralisasi lagi-lagi tidak berjalan optimal. Dalam aspek keuangan dan fiskal, sentralisasi justru makin menguat pada 2006. Menu kegiatan untuk pengembangan kesehatan masyarakat hingga komposisi anggaran hampir sepenuhnya diatur oleh pemerintah pusat, sehingga pemerintah provinsi dan kabupaten/kota tidak memiliki kewenangan yang luas. Akibatnya, penyerapan dana juga makin rendah. Dalam studi yang dilakukan oleh Laksono Trisnantoro dkk., disebutkan bahwa tidak ada daerah yang menyerap dana lebih dari 95%. Penyerapan dana tertinggi adalah oleh Sulawesi Utara yang hanya mencapai 94,8%.[33] Namun, ada kalanya sentralisasi terjadi di tingkat provinsi, sehingga pemerintah kabupaten/kota tidak memiliki keleluasaan. Beberapa program kesehatan juga mengalami masalah karena ketidakjelasan pembagian wewenang atas anggaran tersebut. Salah satunya adalah program kesehatan ibu dan anak yang sebenarnya mendapatkan porsi dana dekonsentrasi yang tertinggi diantara program-program lainnya. Sayangnya, alokasi anggaran tersebut tidak diikuti dengan pembagian yang jelas antara provinsi dengan kabupaten/kota. Dalam banyak hal,

31 Laksono Trisnantoro, dkk, *op.cit*, hlm. 17-18.
32 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 134/Menkes/SK/III/2006.
33 Laksono Trisnantoro, dkk., *op.cit*, hlm. 23-24.

kabupaten hanya menjadi pelaksana kegiatan, sementara pengaturan keuangan sepenuhnya berada di tingkat provinsi, yang berakibat tidak optimalnya pemanfaatan anggaran di tingkat kabupaten.[34]

Kebingungan arah kebijakan kesehatan di Indonesia makin terlihat pada 2007, ketika anggaran kesehatan makin tersentralisasi karena adanya pemotongan berbagai program pemerintah pusat. Akibatnya, beberapa program kesehatan mengalami kekurangan dana, salah satunya adalah pelayanan keluarga miskin (gakin).[35] Karenanya secara konseptual, kebijakan kesehatan telah didesentralisasi, namun pengelolaan anggarannya sebagian besar masih tersentralisasi. Padahal pada tahun yang sama, pemerintah menerbitkan sejumlah regulasi yang seharusnya menjamin desentralisasi. Antara lain terdapat Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Peraturan tersebut menegaskan bahwa sektor kesehatan merupakan sektor yang dikelola bersama oleh pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota (Pasal 2).[36] Peraturan tersebut juga menegaskan bahwa sektor kesehatan adalah urusan wajib pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota. Kemudian terdapat Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah yang menegaskan bahwa sektor kesehatan adalah urusan yang wajib dipertimbangkan dalam pembentukan organisasi perangkat daerah (Pasal 22).[37]

Hingga tahun 2008, desentralisasi kesehatan memang tidak berjalan secara optimal. Era desentralisasi memang telah mengubah lanskap kebijakan kesehatan Indonesia, sebagaimana menurut World Bank, terdapat beberapa capaian penting disini. Antara lain adanya transfer tanggung jawab pelayanan kesehatan kepada pemerintah daerah, mendorong pemerintah daerah lebih bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan masyarakat, hingga mendorong pemerintah daerah bertanggung jawab dalam pengelolaan sumber daya untuk kepentingan pembangunan kesehatan.[38] Namun dalam realitasnya, transfer tanggung jawab tersebut lebih bersifat administratif dan tidak selalu diikuti dengan aksi yang lebih jelas. World Bank juga menyoroti ketidakmapanan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Sistem kesehatan nasional dianggap belum bisa beradaptasi dengan

34 Dewi Marhaeni Diah Herawati, "Decision Space dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006", dalam *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 9, No. 3, 2006.
35 Laksono Trisnantoro, dkk, *op.cit*, hlm. 18-19.
36 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007.
37 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007.
38 Claudia Rokx dkk., *Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*, (Washington, DC: The World Bank, 2009).

pola dan realitas desentralisasi, terutama karena pembiayaan kesehatan yang menjadi lebih rumit pada periode ini.[39] Pola distribusi dana dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dalam kenyataannya sering kali tidak sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan fiskal daerah.

Permasalahan lain yang hadir selama masa desentralisasi adalah aspek regulasi yang terkesan masih tersentralisasi pada pemerintah pusat. Setidaknya hingga 2007, sebagian pimpinan Departemen Kesehatan dinilai tidak mempunyai keinginan kuat untuk menyusun program regulasi, terutama yang melibatkan publik. Sebagai contoh, dokumen SKN hanya disusun oleh internal Departemen Kesehatan dan baru disajikan kepada publik setelah dalam keadaan jadi.[40] Disisi lain, Departemen Kesehatan juga tidak mengalami restrukturisasi organisasi, kecuali hanya pembentukan Unit Desentralisasi yang sebenarnya tidak mempunyai kekuasaan untuk berhubungan langsung dengan pemerintah daerah.[41] Dari sini, setidaknya dapat disimpulkan bahwa Departemen Kesehatan tidak cukup kuat dalam mendukung kebijakan desentralisasi.

Kebijakan desentralisasi juga menghadapi tantangan lainnya. Sebagai contoh, desentralisasi kesehatan kerap gagal karena pemerintah daerah tidak memahami masalah-masalah kesehatan di wilayahnya. Dengan demikian, program kesehatan yang dilaksanakan di tingkat daerah pun tidak optimal.[42] Komunikasi pemerintah pusat dan daerah juga tidak selalu berjalan dengan baik. Sering kali, pemerintah pusat membuat berbagai program kesehatan yang sebenarnya tidak sesuai dengan kebutuhan daerah, sehingga pemerintah daerah harus meramu program tersebut agar menjadi relevan dengan kebutuhan di wilayahnya. Tentu saja dalam konteks ini, kreativitas kepala daerah menjadi sangat menentukan.[43] Permasalahan lainnya adalah terbatasnya sumber daya manusia di daerah, yang membuat daerah kesulitan melaksanakan program-program Departemen Kesehatan meskipun memiliki anggaran yang cukup.[44] Keterbatasan sumber daya manusia tersebut tidak hanya pada soal kuantitas atau jumlah, tetapi juga kualitasnya. Tantangan-tantangan tersebut menunjukkan bahwa pada akhirnya, desentralisasi bukan hanya persoalan mendelegasikan

39 Claudia Rokx dkk., *ibid*.
40 Laksono Trisnantoro, "Penutup: Analisis Stakeholders dan Skenario", dalam Laksono Trisnantoro, dkk, *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan* (Yogyakarta: BPFE Yogyakarta, 2009), hlm. 433-458.
41 Laksono Trisnantoro, *ibid*.
42 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro,Sp.P.MARS, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.
43 Wawancara dengan Dr. dr. Sjafi'i Ahmad, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2004-2007, pada 6 Agustus 2024.
44 Wawancara dengan Dr. dr. Sjafi'i Ahmad, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2004-2007, pada 6 Agustus 2024.

urusan kesehatan kepada pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota, tetapi juga harus diikuti dengan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia, kecekatan pemerintah daerah, komunikasi yang jelas dan terarah antara pemerintah pusat dan daerah, hingga kemerdekaan bagi pemerintah daerah untuk mempergunakan anggaran kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakatnya.

C. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Ketika krisis ekonomi melanda Indonesia pada tahun 1997/1998 yang berdampak terhadap krisis multidimensi telah menyebabkan sebagian besar penduduk masuk ke dalam jurang kemiskinan. Hal ini kemudian memunculkan kesadaran tentang kerentanan kondisi ekonomi yang dialami oleh masyarakat serta pentingnya perlindungan sosial bagi seluruh penduduk. Sejak saat itu, Indonesia mempunyai sistem perlindungan sosial dan terus mengalami perkembangan dan perbaikan. Hal ini sejalan dengan cita-cita bangsa Indonesia yang termaktub dalam Pembukaan UUD 1945 bahwa pemerintah harus melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah, memajukan kesejahteraan umum, serta mencerdaskan kehidupan bangsa. Kemudian pasal 34 UUD 1945 juga mengamanatkan bahwa fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara dan negara wajib mengembangkan sistem perlindungan sosial dan jaminan sosial yang bersifat nasional. Terbitnya UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada periode ini menjadi salah satu momentum penting dalam perjalanan sistem perlindungan sosial di Indonesia.

Berdasarkan Konvensi ILO Nomor 102 tahun 1952, konsep perlindungan sosial terbagi dalam dua dimensi, yaitu dimensi horizontal yang terdiri dari serangkaian jaminan sosial pokok bagi semua orang dan dimensi vertikal yang pelaksanaanya secara bertahap dengan standar yang lebih tinggi.[45] Secara umum perlindungan sosial dapat didefinisikan sebagai bentuk kebijakan dan intervensi publik yang dilakukan untuk merespon berbagai resiko dan kerentanan, baik fisik, ekonomi maupun sosial terutama yang dialami oleh mereka yang hidup dalam kemiskinan. Tujuan utama dari perlindungan sosial adalah meningkatkan kemampuan kelompok miskin dan rentan dalam menghadapi dan keluar dari kemiskinan dan kesenjangan sosial-ekonomi, serta memiliki standar hidup yang bermartabat. Dengan kondisi ini diharapkan kemiskinan tidak diwariskan dari satu generasi ke generasi selanjutnya. Perlindungan sosial

45 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, *Perlindungan Sosial di Indonesia; Tantangan dan Arah ke Depan*, (Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas, 2014), hlm. 6.

dalam implementasinya diwujudkan dalam dua bentuk yaitu bantuan sosial dan jaminan sosial.

Pada umumnya jaminan sosial menggunakan prinsip asuransi sosial yang didasarkan pada mekanisme *risk sharing* dalam suatu kelompok penduduk yang memiliki tingkat resiko yang heterogen, dimana penduduk wajib menjadi peserta dan berkontribusi dengan membayar premi. UU No. 40 tahun 2004 mengamanatkan negara untuk memiliki sebuah sistem jaminan sosial yang dapat memberikan jaminan keterpenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap penduduk dalam program jaminan sosial. Namun jauh sebelum terbitnya undang-undang itu, khususnya merespon kondisi masyarakat Indonesia yang terkena dampak krisis ekonomi tahun 1997/1998 pemerintah mengeluarkan kebijakan intervensi untuk menanggulangi atau mengurangi dampak sosial dari krisis tersebut.

1. Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)

Pergolakan dan perubahan sosial, ekonomi, dan politik di Indonesia pada tahun 1997-1998 yang berujung pada pergantian rezim dari Orde Baru ke Reformasi berdampak luas bagi masyarakat. Diantaranya adalah kondisi kesejahteraan masyarakat Indonesia yang menurun drastis dan otomatis meningkatnya angka kemiskinan. Hal tersebut ditandai dengan penurunan pendapatan riil, kelaparan di berbagai daerah, pengangguran, putus sekolah, dan dampak sosial ekonomi lainnya yang menjadi ancaman serius bagi Indonesia. Merespon kondisi itu, pemerintah Indonesia kemudian mengeluarkan Tap MPR No.X/MPR/1998 tentang penanggulangan krisis di bidang sosial budaya yang terjadi di Indonesia sebagai akibat terjadinya krisis ekonomi, pemerintah kemudian pemerintah Indonesia meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS). Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat miskin serta masyarakat yang jatuh miskin karena krisis ekonomi melalui intervensi pada berbagai bidang, yaitu pangan, ketenagakerjaan, pendidikan, dan kesehatan.

Program JPS dalam bidang pangan dikenal dengan nama Operasi Pangan Khusus (OPK) yang bertujuan membantu masyarakat miskin agar tetap dapat mempertahankan konsumsi pangannya dengan kondisi harga pangan yang meningkat. Melalui program ini, pemerintah menyediakan bahan pangan berupa beras yang disubsidi bagi masyarakat miskin. Program ini menjadi cikal bakal program subsidi bahan pangan pada periode-periode selanjutnya, dari OPK kemudian diubah menjadi program beras untuk keluarga miskin (Raskin). Program JPS dalam bidang ketenagakerjaan dikenal dengan program padat karya. Banyaknya perusahaan yang gulung tikar akibat krisis ekonomi telah berdampak

terhadap meningkatnya angka pengangguran di Indonesia. Program padat karya berorientasi untuk membangun usaha yang lebih banyak menggunakan sumber daya manusia sehingga dapat menyerap banyak tenaga kerja dan mengurangi angka pengangguran. Program JPS dalam bidang pendidikan berupa beasiswa dan bantuan dana untuk sekolah. Selain pengangguran, dampak krisis ekonomi juga telah mengurangi penghasilan orang tua yang menyebabkannya tidak sanggup melanjutkan pembiayaan sekolah anaknya. Untuk mengatasi hal itu, pemerintah memberi bantuan berupa beasiswa untuk sekolah dan dana operasional, bagi siswa dan sekolah tingkat dasar, menengah pertama, dan menengah atas. Sementara program JPS pada sektor kesehatan dikenal dengan nama JPS-BK (JPS Bidang Kesehatan).[46]

Krisis ekonomi telah membuat jumlah warga miskin membengkak. Mereka tidak mempunyai daya beli yang cukup untuk membeli makanan bergizi. Selain itu, krisis ekonomi juga menaikkan biaya layanan medis yang tidak mampu dijangkau oleh masyarakat miskin untuk mengaksesnya. Melalui JPS-BK pemerintah memberikan subsidi obat-obatan, bantuan peralatan medis, bantuan operasional untuk fasilitas kesehatan, pelayanan kesehatan gratis, program KB gratis, serta bantuan makanan dan suplemen bagi ibu hamil dan balita.[47]

Menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Azrul Azwar, pada akhir tahun 2000, baru 20% keluarga prasejahtera di Indonesia yang dapat menikmati program JPS-BK. Selain terbentur soal dana, kesadaran berobat warga kurang mampu juga dinilai masih sangat rendah. Meskipun begitu, ditengah kondisi yang sulit, program ini harus tetap dilanjutkan karena telah berhasil mencegah munculnya penyakit berat yang timbul akibat kurang gizi. Sampai dengan tahun 2000, program ini menelan anggaran sebesar Rp 750 miliar per tahun. Masyarakat pra sejahtera dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis baik di tingkat puskesmas maupun rumah sakit.[48]

Pada tahun 2001, pemerintah menyediakan subsidi tambahan untuk layanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK). Program ini antara lain mencakup penyediaan obat-obatan dan vaksin Hepatitis B untuk layanan dasar. Setahun kemudian, program ini diubah namanya menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) bidang kesehatan. Program ini bertujuan untuk menjamin akses keluarga miskin untuk mendapat pelayanan kesehatan agar status kesehatan dapat ditingkatkan

46 Dadi S. Argadiredja, "Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan", *Rapat Koordinasi Pembangunan Pusat*, Jakarta 16 September 2002.
47 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, *op.cit*., hlm. 16-18.
48 "Program JPS Bidang Kesehatan Berlanjut", *liputan6.com*. edisi 16 Oktober 2000.

dan dipertahankan. Program tersebut dilakukan di seluruh rumah sakit milik pemerintah dan di seluruh Puskesmas. Di tingkat Puskesmas, jenis pelayanan yang disediakan meliputi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan kebidanan, imunisasi Hepatitis B, pemberian makanan tambahan, dan revitalisasi fungsi Posyandu.[49]

Program PKPS-BBM masih berlangsung pada 2004. Departemen Kesehatan RI, melayangkan surat kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Pengelola Obat ex Gudang Farmasi Kab/Kota (GFK) di seluruh Indonesia pada 1 Oktober 2004 perihal pendistribusian obat PKPS-BBM Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2004.[50] Di dalam surat tersebut memuat informasi biaya distribusi obat dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas di wilayahnya, ditanggung oleh pemerintah pusat.

2. Jaring Pengaman Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin)

Berdasarkan hasil amandemen keempat UUD 1945, pada tahun 2003 pemerintah melakukan proyek uji coba Jaminan Pengaman Kesehatan Keluarga Miskin dikenal sebagai JPK-Gakin, di 15 kabupaten dan 2 provinsi di Indonesia. Pada tahun 2004, program ini diperluas menjadi 25 kabupaten dan 4 provinsi dengan pendanaan dari anggaran pemerintah daerah dan pemerintah pusat. JPK-Gakin merupakan skema pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan pada fasilitas-fasilitas pelayanan umum, termasuk layanan kesehatan primer (puskesmas) dan sekunder (rumah sakit). Proyek uji coba ini dianggap berhasil dalam menyediakan akses layanan kesehatan bagi anggota masyarakat, khususnya masyarakat miskin.[51]

Pada awal penerapan kebijakan JPK-Gakin dikelola oleh Badan Pengelola (Bapel), sebuah badan independen yang terpisah dari Dinas Kesehatan (Dinkes). Seiring dengan terbitnya UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah, dan UU No. 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, dan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

49 Iwan Halwani, "Studi Evaluasi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan di Puskesmas Poasia, Kecamatan Poasia, Kota Kendari", *Thesis* Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, 2005; Alex Arifianto, dkk., *Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali: Sebuah Studi Kasus* (Jakarta: Smeru, 2005), hlm. 1.

50 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Kementerian Kesehatan*, Nomor 161 (Arsip belum diolah)

51 Alex Arifianto, dkk., *Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Skema Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Purbalingga, Sumba Timur, dan Tabanan*, (Jakarta: Smeru, 2005).



Foto 2.4: Seorang warga di Cipinang Jakarta Timur menunjukkan Kartu Sehat dari Program JPK-Gakin.
Sumber: Liputan6.com, edisi 2 Maret 2005

(SJSN), kemudian dijadikan landasan hukum oleh pemerintah untuk menunjuk PT Askes Indonesia sebagai pengelola JPK-Gakin melalui keputusan Menteri Kesehatan (Kepmen No.1241/Menkes/SK/XI/2004). Dengan demikian JPK-Gakin kemudian dikelola oleh PT Askes Indonesia. Penunjukan ini didasarkan atas pengalaman PT Askes dalam melayani asuransi sosial kepada pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, serta pegawai tidak tetap. PT Askes pada waktu itu juga sudah mempunyai kantor cabang di seluruh Indonesia. Skema pembiayaan kesehatan JPK-Gakin mampu menjamin pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin pada tingkat puskesmas, namun hal ini tidak berarti bahwa masyarakat miskin akan menerima kualitas layanan yang baik. Hal itu dikarenakan pada waktu itu secara umum pelayanan kesehatan pada tingkat puskesmas masih sangat terbatas, baik dalam hal mutu dan keragamannya. Penunjukan PT Askes dalam pengelolaan JPK-Gakin harus diterima oleh para pejabat daerah di tengah ketidakpuasan mereka terhadap perusahaan tersebut dalam menyediakan kualitas layanan kesehatan yang baik bagi pegawai negeri sipil.

Jika dibandingkan dengan model skema pembiayaan sebelumnya, JPS-BK, skema JPK-Gakin mencapai hasil yang lebih baik dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat, khususnya kelompok masyarakat miskin. Salah satu faktor yang menjadi pembeda adalah karena JPK-Gakin

sepenuhnya dikelola oleh pemerintah daerah, dana dibagi antara anggaran pemerintah pusat dan anggaran pemerintah daerah. Karena pengelolaannya berbasis lokal, maka lebih mudah bagi pemerintah untuk mengembangkan inovasi dalam skema, menangani masalah dan pengaduan anggota, dan menyertakan pertimbangan-pertimbangan kondisi lokal dapat mempengaruhi ketersediaan pelayanan kesehatan di daerah tertentu.

Sesuai dengan data dari BPS, terdapat minimal tiga dari tujuh kriteria untuk menentukan keluarga yang tergolong miskin. Diantara kriteria keluarga miskin tersebut adalah rumahnya sempit, tidak memiliki sarana air bersih, tidak mempunyai aset-aset berharga, konsumsi lauk-pauk tidak bervariasi, dan kesulitan dalam pengadaan kebutuhan pakaian. Sementara itu untuk mengatasi penyalahgunaan program itu, calon warga yang akan mendaftarkan diri harus menjalani proses verifikasi. Petugas Puskesmas setempat melakukan survei secara langsung untuk menilai kondisi dilapangan. Jika hasil verifikasi memenuhi kriteria sebagai keluarga miskin maka berhak mendapatkan Kartu Sehat atau Kartu Gakin yang dapat digunakan untuk mendapatkan manfaat program JPK Gakin.[52]

Meskipun begitu, terdapat beberapa masalah dalam pelaksanaan JPK-Gakin ini antara lain: 1) minimnya efisiensi dalam pengelolaan dana JPK-Gakin oleh penyedia kesehatan, khususnya di tingkat RSUD, dimana semua klaim disetujui tanpa adanya verifikasi dan inspeksi yang serius untuk memastikan semuanya sudah sesuai dengan peraturan yang ditetapkan, bahkan terdapat indikasi bahwa dana digunakan untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi golongan mampu; 2) terdapat hambatan formal dan informal dari kelompok Gakin untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang menjadi haknya, seperti biaya transportasi, penundaan distribusi kartu anggota dan lain-lain, sehingga hal ini mengurangi minat kelompok Gakin untuk memanfaatkan layanan JPK-Gakin; 3) rendahnya pemanfaatan dana JPK-Gakin mengakibatkan adanya misalokasi dana ini. Di beberapa daerah dana ini digunakan untuk memperbaiki gedung dan menambah peralatan medis rumah sakit, dan mensubsidi pasien di rumah sakit lain yang berasal dari kalangan mampu. Kasus ini terjadi di Kabupaten Purbalingga, Jawa Tengah; 4) monopoli PT Askes dalam mengelola skema JPK-Gakin ini telah menyebabkan makin terbatasnya pilihan untuk menentukan penyedia jaminan kesehatan; 5) masih minimnya keterlibatan penyedia pelayanan swasta dalam pelayanan kesehatan bagi para anggota JPK-Gakin.[53]

Dalam Rapat Dengar Pendapat (RDP) Komisi IX DPR RI dengan Kepala Dinas

52 "Kompensasi BBM untuk Kesehatan Rp 2,1 Triliun" , *liputan6.com*, edisi 4 Maret 2005; "Kartu Sehat Sarana Mendapatkan PKPS-BBM", *liputan6.com*, edisi 2 Maret 2005.

53 Alex Arifianto, dkk., *Ibid*., hlm. v-vi.

Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Pimpinan DPRD DKI Jakarta Bidang Kesra dan Kepala Kantor PT Askes Regional Jakarta, yang dilaksanakan pada 27 Februari 2007 didapatkan beberapa permasalahan pelaksanaan JPK-Gakin di Jakarta. Diantara permasalahan implementasi JPK-Gakin di Jakarta adalah *pertama*, sasarannya belum pas, masih banyak keluarga miskin yang berobat ke puskesmas dan rumah sakit belum mempunyai Kartu Gakin. *Kedua,* pasien membuat Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) ketika akan pulang dari rumah sakit, sehingga menyulitkan klaim jaminan kesehatan.[54]

3. Asuransi Kesehatan Nasional untuk Masyarakat Miskin (Askeskin)

Untuk memperluas cakupan masyarakat sektor informal dan masyarakat miskin yang memperoleh manfaat dari jaminan kesehatan ini, mulai tanggal 1 Januari 2005, berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Menteri Kesehatan pada tahun 2005 mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, JPK-Gakin kemudian diganti menjadi Asuransi Kesehatan Sosial Nasional untuk Masyarakat Miskin (Askeskin).[55] Pendanaan Program Askeskin bersumber dari Pemerintah Pusat (APBN) dimana premi yang harus dibayar oleh pemerintah kepada PT Askes adalah Rp 5.000,00/bulan atau Rp 60.000/tahun per jiwa dengan manajemen *fee* sebesar 5%.[56] Total anggaran untuk tahun 2005 ditetapkan sebesar Rp3,9 triliun (sekitar US$400 juta) yang awalnya dibiayai melalui pengurangan subsidi energi.[57] Dengan dana itu program ini mencakup hampir semua layanan kesehatan seperti operasi jantung, cuci darah, obat untuk kanker, obat untuk penyakit lepra. Pembayaran dilakukan oleh PT Askes berdasarkan klaim yang diajukan setelah diverifikasi oleh verifikator yang ditempatkan di rumah sakit di daerah.

Program Askeskin diimplementasikan dengan tujuan untuk memperluas cakupannya kepada sektor informal, dengan target populasi 60 juta orang. Namun setelah melakukan kajian sendiri yang memanfaatkan jaringan ibu-ibu PKK yang tersebar di seluruh Indonesia akhirnya didapat data 72 juta orang,

54 *Laporan Singkat Komisi IX DPR RI Membahas Kesehatan Masyarakat Miskin di Jakarta. Masa Sidang 2006-2007.* dilaksanakan pada 27 Februari 2007.

55 Departemen Kesehatan, *Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Tahun 2005* (Jakarta: Depkes, 2005), hlm. 17.

56 Diakses melalui http://www.korantempo.com/korantempo/2007/10/24/Nasional/krn,20071024,11.id.html

57 M. Aran, '*Pro-poor Targeting and the Effectiveness of Indonesia's Fuel Subsidy Reallocation Programs*.'(Jakarta: World Bank: 2007); ILO, *Social Security in Indonesia: Advancing the Development Agenda*, (Jakarta: ILO, 2008).

sedangkan data warga miskin yang ada di Menteri Keuangan sebanyak 36 juta orang, yang didasarkan pada data BPS. Selisih angka yang mencolok antara data Depkes dengan BPS, karena data Depkes mencakup masyarakat miskin dan rentan miskin.[58] Jaminan kesehatan Askeskin ini mencakup pelayanan rawat jalan dasar, pelayanan rawat inap kelas III di rumah sakit kelas A-D, paket pelayanan kebidanan, layanan kesehatan keliling dan layanan khusus untuk daerah terpencil dan kepulauan, program imunisasi, dan obat-obatan. Rumah sakit dapat mengajukan klaim atas pelayanan yang diberikan kepada penerima manfaat Askeskin berdasarkan sistem *fee for service*, sementara puskesmas diberi kompensasi berdasarkan kapitasi.[59]

Penyelenggaraan program Askeskin dilaksanakan serentak di seluruh Indonesia dengan menerapkan beberapa prinsip yaitu menggunakan sistem gotong royong sehingga terjadi subsidi silang, pelayanan kesehatan *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang, bersifat nirlaba, menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta, adanya akuntabilitas dan transparansi dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, serta efisiensi dan efektivitas. Kepesertaan program ini adalah masyarakat miskin yang didasarkan pada data indikator kemiskinan yang disediakan oleh BPS. Pihak kabupaten kemudian mengidentifikasi data tersebut yang memenuhi syarat dengan menggunakan indikator kesejahteraan dan kemiskinan berbasis sensus kesejahteraan dan kemiskinan berbasis sensus yang dilakukan BPS atau BKKBN. Dari proses verifikasi itu kemudian setiap tahun ditentukan kuota data individu yang masuk dalam program Askeskin ini. Berdasarkan data tersebut kemudian diterbitkan kartu terbit dan distribusi kartu.[60] Namun, karena keterlambatan dalam peluncuran cakupan Askeskin pada tahun 2005, kartu kesehatan JPS dan surat keterangan tidak mampu (SKTM) juga dapat digunakan untuk mengklaim manfaat Askeskin.[61]

Program Askeskin mampu mendorong pemanfaatan layanan rawat jalan di Puskesmas. Kepemilikan kartu Askeskin juga merupakan faktor dominan dengan peluang terbesar ketika masyarakat kelompok miskin memutuskan untuk memanfaatkan layanan rawat jalan di Puskesmas. Sementara faktor ekonomi, yaitu penggunaan listrik dalam rumah tangga merupakan faktor dominan

58 Wawancara dengan Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP., Menteri Kesehatan RI periode 2004-2009, pada 25 September 2024.

59 Robert Sparrow, dkk., *Working Paper Social Health Insurance for the Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Program*, (Jakarta: The SMERU Research Institute, 2010).

60 Kania Damayanti, Evaluasi Implementasi Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Prospek Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), *Jurnal Borneo Administrator*, Vol. 4 No 2 (2008), hlm. 75-76.

61 Alex Arifianto, dkk., *op.cit*., hlm. vii; Departemen Kesehatan, *op.cit*., hlm. 21.



Foto 2.4: Antrian Warga Untuk Mendapatkan Kartu Askeskin di Makassar, Agustus 2008. Sumber: antarafoto.com, edisi 11 Agustus 2008

dengan peluang terbesar ketika kelompok masyarakat miskin memutuskan untuk memanfaatkan layanan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit, ketika akan memanfaatkan layanan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit swasta, dan ketika akan memanfaatkan layanan rawat jalan di Puskesmas.[62] Program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin secara signifikan telah meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan, namun tidak berdampak signifikan dalam melindungi masyarakat miskin dari risiko belanja kesehatan dan dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat miskin.[63]

Dalam Rapat Dengar Pendapat antara Komisi IX DPR RI dengan Direktur PT Askes yang dilaksanakan pada 20 Maret 2007 terungkap beberapa permasalahan dan tantangan dalam implementasi Askeskin. *Pertama,* permasalahan

62 Titik Kurnianingsih, "Dampak Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin Askeskin Terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap", *Thesis*, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Jakarta, Tahun 2014.

63 Astuti Purbaningsih, "Dampak Jaminan Kesehatan Sosial Bagi Masyarakat Miskin terhadap Utilisasi Layanan Kesehatan", *Tesis*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta, Tahun 2017.

pemutakhiran data sasaran program Askeskin, *kedua* PT Askes belum memiliki mekanisme dan prosedur yang jelas dalam hal sosialisasi dan pendanaannya, *ketiga* belum berfungsinya Komite Medik di rumah sakit yang bertugas mengawasi reimbursement untuk mencegah terjadinya penyelewengan, *keempat* masih kurangnya koordinasi, sinkronisasi dan komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi program ini.[64]

Sementara dalam kesempatan RDP antara Komisi IX DPR RI dengan Departemen Kesehatan dan Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES) yang dilaksanakan pada 11 Februari 2008 yang membahas masalah pelayanan Askeskin, pada kesimpulannya, didapatkan beberapa poin penting. *Pertama* belum jelasnya rekrutmen dan kompetensi verifikator, *kedua* penerapan INA DRG dalam penyelenggaraan Askeskin 2008 mengandung resiko terhadap ketidakcukupan dana dan ketidaksiapan daerah, *ketiga* kurangnya komunikasi dan koordinasi antara Depkes dengan pemerintah daerah, *keempat* penyebab utama masalah Askeskin adalah ketidakcukupan iuran.[65]

Dari pelaksanaan program Askeskin, dari tahun 2005 hingga 2008, dapat dibuat beberapa catatan kritis. *Pertama,* masih banyaknya hambatan yang menyebabkan masyarakat miskin sebagai target sasaran utamanya, belum sepenuhnya dapat menjangkau program ini. *Kedua,* masih banyaknya keterlambatan klaim serta rumah sakit yang tidak dapat melayani karena hutangnya belum dibayar PT Askes. *Ketiga,* adanya penyimpangan dalam penggunaan obat sehingga penggunaannya tidak terkontrol. *Keempat,* terdapat perbedaan data jumlah masyarakat miskin yang dikelola PT Askes dengan data yang dimiliki oleh pemerintah daerah dan sudah terlayani oleh program PKPS-BBM tahun 2004. *Kelima,* ketersediaan verifikator di tiap daerah atau rumah sakit sangat kurang, PT Askes hanya menempatkan 1-2 orang, sehingga mengakibatkan keterlambatan pengiriman klaim yang berdampak pada keterlambatan pembayaran kepada rumah sakit. Hal inilah yang menyebabkan Depkes bekerja sama dengan dinas kesehatan di daerah pada 2008 tidak lagi menggunakan verifikator PT Askes.[66] Dengan kata lain, Askeskin kemudian dikelola sendiri oleh Kementerian Kesehatan.[67]

---

64 *Laporan Singkat Komisi IX DPR RI dalam Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Direktur Utama PT Askes (Persero)*, dilaksanakan pada 20 Maret 2007.

65 *Laporan Singkat Rapat Panja Askeskin Komisi IX DPR RI dalam Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Kepala Pusat Pembiayaan & Jaminan Kesehatan Depkes, Adinkes, dan Prof. Dr. Hasbullah Thabrani*, dilaksanakan pada 11 Februari 2008.

66 Kania Damayanti, *op.cit.*, hlm. 80.

67 Wawancara dengan drg. Usman Sumantri, MSc, Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, periode 2014-2019, pada 7 Agustus 2024.

4. Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Pada tahun 2005 terdapat *judicial review* atas UU No. 40 tahun 2004 Pasal 5 ayat (1), ayat (3), dan ayat (4) dan Pasal 52 tentang SJSN terhadap UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Mahkamah Konstitusi melalui Putusannya No. 007/PUU-III/2005, memutuskan bahwa UU SJSN telah cukup memenuhi maksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, dalam arti bahwa sistem jaminan sosial yang dipilih UU SJSN telah cukup menjabarkan maksud Undang-Undang Dasar yang menghendaki agar sistem jaminan sosial yang dikembangkan mencakup seluruh rakyat dan bertujuan untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Sejalan dengan pendapat MK, bahwa pengembangan sistem jaminan sosial adalah bagian dari pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara yang kewenangan untuk menyelenggarakannya berada di tangan pemegang kekuasaan pemerintahan negara, di mana kewajiban pelaksanaan sistem jaminan sosial tersebut, sesuai dengan Pasal 18 ayat (5) UUD 1945 sebagaimana dijabarkan lebih lanjut dalam UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah khususnya Pasal 22 huruf h, bukan hanya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat tetapi dapat juga menjadi kewenangan Pemerintahan Daerah, maka UU SJSN tidak boleh menutup peluang Pemerintahan Daerah untuk ikut juga mengembangkan sistem jaminan sosial.[68]

Berdasarkan putusan MK tersebut, maka pemerintah daerah diizinkan untuk membentuk lembaga yang mengkhususkan diri dalam mengelola program jaminan kesehatan di wilayah masing-masing. Program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) merupakan upaya pemerintah daerah dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan jaminan kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin..[69] Jamkesda menggunakan dana pemerintah daerah yang bersumber dari APBD. Minimal terdapat dua alasan bagi pemerintah daerah untuk mengimplementasikan kebijakan jaminan kesehatan lokal. Alasan pertama adalah faktor regulasi, sebagaimana dijelaskan diatas, sedangkan alasan kedua adalah faktor politik. Sistem pemilihan langsung kepala daerah (Pemilukada) memiliki implikasi terhadap bagaimana pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan pembangunannya. Sistem pemilihan langsung telah mengalihkan fokus akuntabilitas pemimpin yang terpilih. Kepala daerah telah menjadi subjek penilaian para konstituen yang berbeda dibandingkan sistem perwakilan pemilu sebelumnya. Oleh karena itu, pemimpin yang baru tersebut akan mencari kebijakan populer yang dapat mempertahankan dukungan rakyatnya, termasuk

68 Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 007/PUU-III/2005.

69 Muh. Kadarisman, Analisis tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005, *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM*, No. 3 Vol.. 22 Juli 2015: hlm. 467 - 488.



Foto 2.5: Kartu Jamkesda Kabupaten Batang Jawa Tengah. Sumber: penundan.desa.id, edisi 19 Mei 2009

menjanjikan adanya jaminan kesehatan untuk masyarakat.[70]

Dalam mengimplementasikan Jamkesda, pemerintah daerah memilih beberapa pilihan kebijakan disesuaikan dengan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat miskin di daerahnya masing-masing dan kemampuan finansialnya. Kajian yang dilakukan oleh IBP Core Team pada tahun 2012 terhadap program Jamkesda di 2 provinsi dan 8 kabupaten kota menunjukkan ada 3 skema yang dipilih oleh Pemda dalam mengimplementasikan program ini di daerahnya. Skema pertama adalah berbentuk subsidi biaya layanan kesehatan. Dalam hal ini pemerintah daerah menganggarkan dana floating yang hanya dapat digunakan untuk menutupi biaya perawatan kesehatan yang digunakan oleh masyarakat miskin dan tertinggal. Skema ini diterapkan di Kabupaten Lebak (Banten), Kota Tasikmalaya (Jabar), dan Kabupaten Kutai Timur (Kaltim). Skema kedua berbentuk jaminan kesehatan berdasarkan tingkat kesejahteraan/status kemiskinan, Program ini dirancang pemerintah daerah mencakup masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam Jamkesmas. Skema ini diterapkan di Kabupaten Kendal (Jateng) dan Kabupaten Kulonprogo (DIY). Skema ketiga berbentuk jaminan kesehatan semesta. Program ini dirancang untuk menyediakan jaminan kesehatan untuk semua warga kabupaten/kota. Skema ini diterapkan di Kota Makassar (Sulsel) dan Kota Balikpapan (Kaltim).[71]

Manfaat Jamkesda (kecuali yang diselenggarakan pemerintah provinsi) mencakup pembebasan penuh dari biaya pelayanan kesehatan dalam pelayanan kesehatan dasar yang disediakan di Puskesmas dan rujukan untuk kelas rawat jalan dan layanan kelas ketiga di rumah sakit umum daerah. Layanan rujukan di rumah sakit umum provinsi juga didukung oleh pemerintah provinsi yang

70 IBP Indonesia Core Team, *JAMKESMAS dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi* (Jakarta: Perkumpulan Inisiatif, 2012), hlm. 15.

71 IBP Indonesia Core Team, *op.cit.*, hlm. 18-19.

menyelenggarakan jaminan kesehatan seperti Jawa Tengah dan Sumatera Selatan. Skema provinsi di Jawa Tengah berbeda dengan Selatan Sumatera dalam hal cakupan keanggotaan. Skema di Jawa Tengah hanya mencakup masyarakat miskin, sementara Sumatera Selatan menyediakan cakupan untuk seluruh warga provinsi Sumatera Selatan.

Permasalahan utama dalam implementasi program Jamkesda adalah perbedaan data kemiskinan nasional yang dihasilkan oleh BPS dengan data kemiskinan menurut pemerintah daerah. Data kemiskinan BPS oleh pemerintah daerah dianggap kurang baik dan tidak menggambarkan karakteristik masalah kemiskinan yang sebenarnya di daerah. Di beberapa daerah terdapat perbedaan mencolok antara data kemiskinan nasional dan data kemiskinan daerah. Perbedaan tajam juga terjadi karena adanya pengaruh dinamika politik yang terjadi di daerah, yang menggunakan tingkat kemiskinan untuk tujuan politik dalam pemilihan kepala daerah. Isu sektor kesehatan dan pendidikan dalam konteks pemilukada ini sering dijadikan sebagai alat atau jargon kampanye calon kepala daerah (gubernur/bupati/walikota) dengan membuat janji kepada konstituen akan menggratiskan biaya seluruh layanan kesehatan dan pendidikan jika terpilih. Pasca penerapan Jamkesmas pada tahun 2008, di beberapa daerah, seperti di DIY dan Bali, Program Jamkesda tetap dijalankan dan digunakan untuk mengcover warga yang tidak terdaftar di Jamkesmas.

5. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Pemerintah Indonesia melakukan perubahan kebijakan mendasar yang melakukan transformasi pembiayaan kesehatan dari program Askeskin menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada tahun 2008. Dasar hukum yang digunakan untuk melakukan perubahan tersebut adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jamkesmas.[72] Perubahan ini dilakukan atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan mekanisme pada tahun 2008 yang meliputi: pemisahan fungsi verifikator dan pembayar, penempatan pelaksana verifikasi di RS, penerapan Paket Tarif Jamkesmas 2008 (INA DRG yang disederhanakan), pembentukan Tim Pengelola Jamkesmas dan Tim Koordinasi Jamkesmas serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pada tahun 2008 dinamakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sasaran program Jamkesmas berjumlah 19,1 juta rumah tangga miskin (RTM) yang

72 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008.



Foto 2.6: Kartu Jamkesmas. Sumber: Departemen Kesehatan RI

setara dengan 76,4 juta jiwa masyarakat yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu. Pada periode awal anggaran program ini sebesar 5,1 triliun. Program Jamkesmas ini pada prinsipnya meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan dalam program in! menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit.[73]

Terdapat beberapa perubahan yang signifikan yaitu pada aspek pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan verifikasi yang pada tahun 2007 tidak dilakukan serta pengalokasiaan dana tahun 2008 tidak lagi per kegiatan (pelayanan kesehatan dasar, pertolongan persalinan dan operasional dan manajemen Puskesmas) tetapi menjadi satu kegiatan yaitu untuk pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit. Pelaksanaan verifikasi pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota.[74]

Perubahan mendasar dengan adanya perubahan dari Askeskin ke Jamkesmas adalah pemisahan peran verifikator dan peran pembayar. Departemen Kesehatan melakukan perekrutan verifikator independen Jamkesmas untuk melaksanakan peran verifikasi yang ditempatkan di rumah sakit. Sementara peran pembayar langsung dilakukan oleh pemerintah dari kas negara ke PPK. Kedudukan PT. Askes (Persero) tetap melaksanakan peran manajemen kepesertaan berdasarkan

73 Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*, (Jakarta: Depkes RI, 2008), hlm. 8-9.

74 Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Jamkesmas di Puskesmas dan Jaringannya Tahun 2008*, (Jakarta: Depkes RI, 2008), hlm. 2-3.

Surat Menteri Kesehatan Nomor 112/Menkes/II/2008. Walaupun menggunakan nama jaminan, program Jamkesmas tidak sepenuhnya diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial. Sejumlah dana APBN dialokasikan dan dikelola oleh Departemen Kesehatan untuk menyediakan pembiayaan layanan kesehatan bagi pesertanya.[75]

Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dengan kategorisasi sangat miskin, miskin, dan mendekati miskin, yang namanya terdaftar dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota serta memiliki kartu Jamkesmas. Peserta yang namanya terdaftar, terlebih dahulu diusulkan dari tingkat pemerintahan yang paling bawah. Pada tahun 2008 dilakukan penerbitan kartu peserta Jamkesmas baru yang pencetakan blanko, entry data, penerbitan dan distribusi kartu sampai ke peserta menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero).

Jika peserta belum mendapatkan kartu Jamkesmas pada saat ke pelayanan kesehatan maka akan dicek eligibilitas dalam program Jamkesmas (sesuai surat keputusan Bupati/Walikota) dan peserta tersebut tetap bisa dilayani oleh pemberi pelayanan kesehatan.[76] Jamkesmas diselenggarakan dengan menerapkan beberapa prinsip utama, yaitu: 1) nirlaba dan dana amanah; 2) diselenggarakan serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotong-royong (memungkinkan adanya subsidi silang); 3) bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional; 4) *managed care* yang dilaksanakan dengan cara berjenjang dan terstruktur; 5) prinsip portabilitas dan equity (keadilan); 6) pengelolaan dilakukan dengan memperhatikan akuntabilitas dan transparansi dan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas; 7) untuk masyarakat miskin, pemerintah yang membayar iuran.[77]

Program Jamkesmas dilaksanakan dengan menggunakan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar persentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin). Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah bagi kalangan masyarakat miskin dan tidak mampu. Kepesertaan ini bersifat berkesinambungan sesuai prinsip

75 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Perlindungan Sosial di Indonesia: Tantangan dan Arah ke Depan* (Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2014), hlm. 24.

76 Chatila Maharani, dkk., "Perjalanan Asuransi Kesehatan Dan Sistem Pembayaran Kapitasi Di Indonesia", dalam Evi Widowati, *Book Chapter Kesehatan Masyarakat Jilid 5*, (Semarang: LPM Unnes, 2024), hlm. 101.

77 Departemen Kesehatan RI, *op.cit*., hlm. 5-6.

portabilitas. Kepesertaan program ini juga mengacu pada konsep penduduk dengan mengizinkan warga negara asing, yang telah bekerja minimal 6 bulan di Indonesia, dapat menjadi peserta program jaminan kesehatan ini.[78]

Sementara itu, program jaminan kesehatan untuk penduduk non-miskin diselenggarakan pemerintah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Program jaminan kesehatan dari PT Askes (Persero) ditujukan untuk PNS, pensiunan, veteran, serta perintis kemerdekaan beserta keluarganya. Sedangkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek ditujukan untuk pekerja sektor swasta (formal maupun informal) dan keluarganya, serta golongan bukan pekerja. Layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT Askes (Persero) diantaranya dikelompokkan menjadi Askes Sosial, Jaminan Kesehatan Menteri, Jaminan Kesehatan Utama, dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum. Layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero) diantaranya terdiri dari layanan promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Sampai dengan akhir 2013, khusus untuk TNI dan Polri yang masih aktif, jaminan kesehatan tidak dilaksanakan oleh PT Askes (Persero), melainkan dikelola sendiri oleh Kementerian Pertahanan melalui Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI). Layanan kesehatan untuk TNI dan Polri yang masih aktif disediakan melalui fasilitas kesehatan milik Kementerian Pertahanan (klinik dan rumah sakit Kepolisian/Angkatan).

Dalam RDP antara Komisi IX DPR RI dengan Sekjen Departemen Kesehatan dan Direktur Utama PT Askes (Persero) yang dilaksanakan pada 11 Mei 2009. Dalam RDP yang secara khusus membahas mengenai pelaksanaan Jamkesmas tahun 2008 dan 2009 tersebut diungkapkan beberapa fakta historis. *Pertama* kartu yang diterbitkan sampai dengan Mei 2009 mencapai 94 ,10% dari total sasaran, kendala yang dihadapi adalah pada kelompok gelandangan, pengemis dan anak-anak terlantar. *Kedua,* penyaluran dana dilakukan secara langsung dari kas negara kepada rumah sakit dengan total sebesar Rp 2,47 miliar, *Ketiga* telah dilakukan pemisahan fungsi verifikator dengan pembayar, yaitu penempatan tenaga verifikator independen di seluruh rumah sakit. *Ketiga*, data kepesertaan yang digunakan PT Askes berdasarkan dari BPS. *Keempat* masih kurangnya sosialisasi manfaat dan program Jamkesmas di daerah. *Kelima,* pelaksanaan Jamkesmas secara hukum sangat lemah karena tidak mengacu pada UU SJSN.[79] Poin terakhir juga mencuat kembali dalam RDP antara Komisi IX DPR RI dengan Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih yang diselenggarakan pada 9

78 I Nyoman Dharma Wiasa, *Jaminan Kesehatan Nasional yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, (Sigi: Feniks Muda Sejahtera, 2022), hlm. 36.

79 *Laporan Singkat Komisi IX DPR RI terhadap Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Sekjen Departemen Kesehatan dan Direktur Utama PT Askes*, diselenggarakan pada 11 Mei 2009.

November 2009.[80]

Sebagaimana masalah yang dihadapi pada program Askeskin, pada program Jamkesmas juga masih ditemukan dalam implementasinya. *Indonesian Corruption Watch* (ICW) pada tahun 2009 melakukan riset *Citizen Report Card* (CRC) yang berfokus pada Jamkesmas. Riset CRC ini dilakukan di 4 kota yaitu Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi, dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Temuan ICW dalam riset tersebut mencakup beberapa aspek yaitu: 1) Aspek data kepesertaan yang masih belum akurat. Tidak adanya *updating* data dari pemerintah daerah. Seharusnya kuota peserta yang sudah meninggal dunia atau pindah alamat dapat dialihkan kepada masyarakat miskin lainnya yang membutuhkan; 2) Aspek sosialisasi yang belum optimal yang berimbas pada ketidaktahuan masyarakat mengenai manfaat program ini; 3) Masih ditemukannya pungutan dalam mendapatkan kartu Jamkesmas, terutama pada tingkat RT dan RW; 4) Masih adanya peserta Jamkesmas yang tidak menggunakan kartu ketika berobat di puskesmas dan rumah sakit karena berbagai alasan; 5) Masih adanya peserta Jamkesmas yang mengeluarkan biaya ketika mengakses layanan kesehatan; 6) Kualitas layanan peserta Jamkesmas masih buruk, dengan indikator adanya antrian panjang pendaftaran, sempitnya ruang tunggu, rumitnya administrasi dan lamanya waktu menunggu dokter.[81]

6. Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan

Pasca reformasi politik di Indonesia, sektor kesehatan mengalami transformasi signifikan yang mencerminkan perubahan paradigma dalam tata kelola pemerintahan. Langkah awal yang menandai era baru ini adalah penghapusan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, sebuah keputusan yang sejalan dengan semangat desentralisasi yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009. Perubahan ini mengalihkan tanggung jawab pengelolaan kesehatan ke tingkat provinsi dan kabupaten/kota, dengan Dinas Kesehatan setempat menjadi ujung tombak pelaksanaan fungsi dekonsentrasi dari pemerintah pusat. Transformasi ini telah mengubah lanskap pengelolaan kesehatan secara fundamental.

Era desentralisasi kesehatan yang dimulai pada 1999-2000 bertujuan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan meningkatkan efisiensi serta efektivitas layanan. Namun, penerapannya menghadapi tantangan signifikan, seperti keterbatasan kesiapan daerah, sumber daya manusia, dan

80 *Laporan Singkat Komisi IX DPR RI terhadap Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Menteri Kesehatan RI*, diselenggarakan pada 9 November 2009.

81 https://antikorupsi.org/id/article/jamkesmas-hak-sehat-warga-miskin-masih-terabaikan



Gambar 2.1: Linimasa Aturan Hukum Desentralisasi Kesehatan

koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah. Selain itu, desentralisasi juga mempengaruhi mekanisme pembiayaan, termasuk perubahan alokasi anggaran, pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Alokasi Umum (DAU), pentingnya Pendapatan Asli Daerah (PAD), dan pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang membutuhkan sinergi berbagai pihak. Meski memberikan dorongan inovasi di daerah, desentralisasi menimbulkan disparitas dalam kualitas dan akses layanan kesehatan antar wilayah. Agar desentralisasi lebih efektif, perlu ada peningkatan kapasitas pemerintah daerah, koordinasi yang lebih baik, pengembangan mekanisme pemerataan sumber daya, dan evaluasi berkala.[82]

Landasan hukum untuk desentralisasi kesehatan ini awalnya berpijak pada UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Seiring berjalannya waktu, kedua undang-undang ini mengalami revisi untuk menyesuaikan dengan dinamika sosial politik yang terus berkembang yaitu adanya uji materiil atas undang-undang tersebut di Mahkamah Konstitusi. UU Nomor 22 Tahun 1999 diperbaharui menjadi UU Nomor 32 Tahun 2004, yang kemudian direvisi lagi menjadi UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Implementasi kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal yang dimulai pada tahun 2001 merupakan langkah strategis untuk mendukung pencapaian tujuan pembangunan nasional. Momentum ini diperkuat dengan lahirnya UU Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, yang membawa

82 Wawancara dengan Prof. dr. Umar Fahmi Ahmad, MPH., Ph.D., Dirjen PPM-PL Kementerian Kesehatan RI periode 2000 - 2005, pada 20 September 2024.

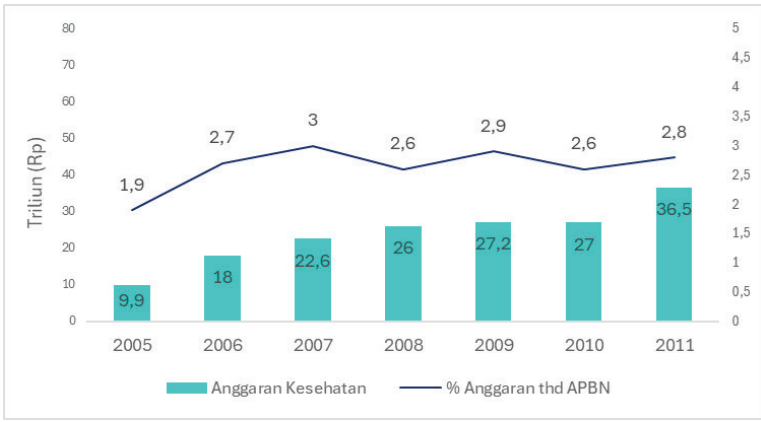
angin segar bagi pengelolaan keuangan yang lebih transparan dan akuntabel, baik di tingkat pusat maupun daerah. Salah satu dampak signifikan dari undang-undang ini adalah peningkatan otonomi fiskal pemerintah daerah, termasuk dalam pengelolaan anggaran sektor kesehatan dan infrastruktur. Lebih jauh, undang-undang ini menekankan pentingnya penganggaran berbasis kinerja untuk meningkatkan akuntabilitas penggunaan anggaran di tingkat daerah.

Perubahan ini semakin memperluas kewenangan pemerintah daerah dalam mengelola pemerintahan dan keuangan daerah. Penguatan tata kelola keuangan negara juga didukung oleh serangkaian undang-undang lainnya, seperti UU Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, UU Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Keseluruhan produk hukum ini memberikan kerangka yang komprehensif bagi pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi kesehatan, termasuk pengaturan Standar Pelayanan Minimal.

Dampak positif dari berbagai regulasi keuangan tersebut terlihat jelas pada peningkatan alokasi dana kesehatan. Total pengeluaran publik untuk kesehatan telah meningkat empat kali lipat dari sekitar Rp 9,3 triliun pada tahun 2001, hingga pasca 2004 anggaran kesehatan naik secara signifikan, tahun 2005 jumlahnya 11,7 triliun, tahun 2006 jumlahnya 16,3 triliun, tahun 2007 jumlahnya 22,1 triliun; yang untuk pertama kalinya melebihi 1 persen dari PDB.[83] Dalam kurun waktu selama 4 tahun (2005-2009), porsi anggaran belanja Departemen Kesehatan terhadap total alokasi anggaran belanja K/L juga mengalami peningkatan dari 5,4 % pada tahun 2005 dan menjadi sebesar 6,3 persen pada tahun 2008. Realisasi anggaran kesehatan dalam kurun waktu tahun 2005–2008, mengalami peningkatan rata-rata 37,5 % per tahun, yaitu dari Rp 6,5 triliun (0,2 persen dari PDB) pada tahun 2005 menjadi Rp16,9 triliun (0,4 persen dari PDB) dalam tahun 2008.

Peningkatan ini mencerminkan komitmen pemerintah untuk meningkatkan layanan kesehatan, namun target 5% dari total anggaran negara yang diamanatkan oleh Undang-Undang No 36 Tahun 2009 belum tercapai, dengan realisasi hanya sekitar 3% dari total belanja negara. Serta fokus anggaran belum proporsional dengan menekankan pada kuratif. Besaran anggaran upaya kesehatan perorangan dengan naik hampir 3 kali lipat, meningkat dari Rp3,9 triliun (2005) menjadi Rp9,2 triliun (2008). Sebagai perbandingan, program upaya kesehatan masyarakat cenderung stagnan dari 2005 ke 2008, hanya sekitar 3,4 triliun. Sementara pencegahan dan pemberantasan penyakit, naik 13% menjadi

83 https://setneg.go.id/baca/index/anggaran_kesehatan_perlu_sinergi



Grafik 2.1: Tren Peningkatan Anggaran Kesehatan di APBN Tahun 2005-2011

Rp 949 miliar pada tahun 2008.

Tren peningkatan anggaran kesehatan ini perlu dilihat dalam konteks yang lebih luas, terutama terkait dengan landasan regulasi yang mengaturnya. Salah satu ketentuan penting dalam Undang-Undang Kesehatan adalah alokasi minimal 5% dari belanja negara untuk sektor kesehatan. Namun, penting untuk dicatat bahwa ketentuan ini bukan merupakan rekomendasi langsung dari WHO. WHO, dalam dokumen *Global Strategy for Health for All in the Year 2000*, tidak pernah secara eksplisit menetapkan angka 5% dari pendapatan nasional sebagai standar pengeluaran kesehatan. Sebaliknya, organisasi ini berfokus pada pemantauan berbagai indikator kesehatan dan pembangunan di berbagai negara, termasuk: indikator sosial-ekonomi, seperti PDB per kapita dan tingkat literasi, output kesehatan (angka kematian bayi), dan input kesehatan (akses terhadap air minum bersih). Salah satu indikator yang dipantau WHO adalah alokasi "setidaknya 5% dari PDB untuk sektor kesehatan". Pernyataan inilah yang kemudian diadaptasi dan diinterpretasikan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan di Indonesia.

Selain dari penentuan besar anggaran, implementasi transfer dan alokasi dalam era desentralisasi di Indonesia juga menjadi faktor penting dalam memastikan efektivitas penggunaan anggaran kesehatan. UU No. 17/2003 tentang Keuangan Negara mengamanatkan kementerian dan lembaga untuk menyusun Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga (RKA-KL) menggunakan tiga pendekatan: penganggaran terpadu, berbasis kinerja, dan dalam Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah (KPJM). Penganggaran terpadu mengintegrasikan seluruh aspek anggaran dalam satu unit kerja (Satker), mulai dari perencanaan hingga pelaporan. Dalam memperkuat desentralisasi fiskal,

paket undang-undang keuangan negara (UU No. 17/2003, UU No. 1/2004, dan UU No. 15/2004) menjadi dasar pelaksanaan UU No. 33/2004 tentang Perimbangan Keuangan Pusat-Daerah. UU No. 33/2004 ini menyempurnakan UU No. 25/1999 dengan beberapa perubahan penting:

1. Dana Bagi Hasil (DBH) Pajak diperluas, mencakup DBH PBB, BPHTB, dan PPh Wajib Pajak Orang Pribadi Dalam Negeri.
2. DBH Sumber Daya Alam (SDA) Kehutanan kini termasuk dana reboisasi yang sebelumnya merupakan DAK-DR.
3. DBH SDA diperluas, meliputi minyak bumi, gas alam, pertambangan umum, kehutanan, perikanan, dan ditambah dengan panas bumi.

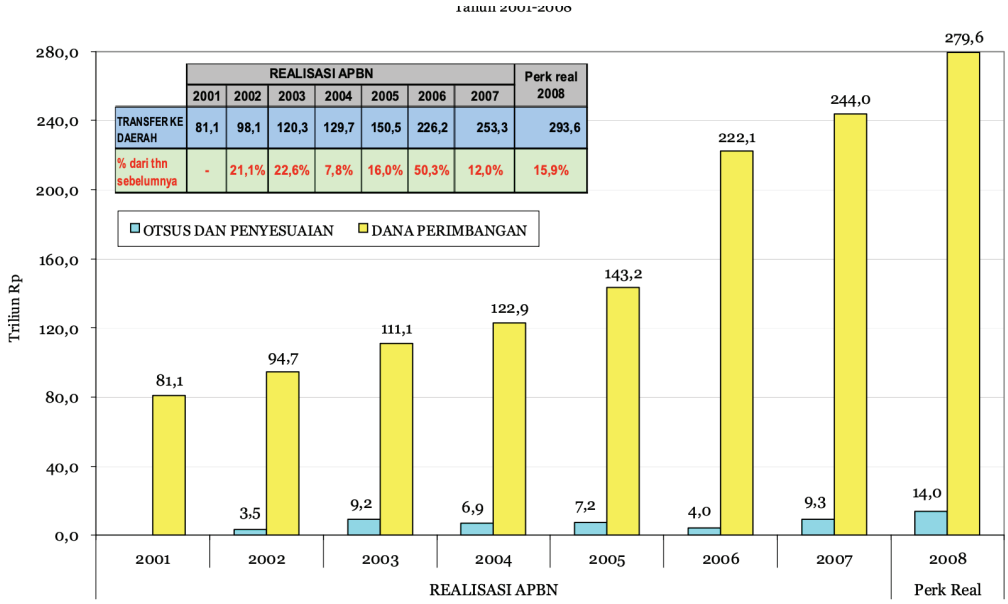
Perubahan ini memperjelas komponen dana perimbangan yang terdiri dari DBH, Dana Alokasi Umum (DAU), dan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemerintahan daerah, serta mewujudkan keadilan dan pemerataan dalam dimensi daerah.

Dana transfer ini mengubah jumlah dan distribusi pengeluaran kesehatan. Program Askeskin yang kemudian diubah menjadi Jamkesmas telah menyebabkan peningkatan peran pemerintah pusat dalam pengelolaan anggaran kesehatan. Sebelum 2005, pemerintah kabupaten/kota mengelola sekitar 50%, sedangkan pemerintah pusat mengelola 33% pengeluaran kesehatan. Namun, pada tahun 2007 proporsi ini mengalami perubahan, ketika pemerintah pusat dan kabupaten/kota masing-masing mengelola 40-45% dari total pengeluaran kesehatan, 15% sisanya dikelola oleh provinsi.[84]

Jumlah dana APBN yang dialokasikan untuk daerah mengalami peningkatan dari Rp 29,9 triliun pada tahun anggaran 1999/2000 menjadi sekitar Rp82,4 triliun (5,6 % terhadap APBN) dalam tahun anggaran 2001[85]. Perkembangan alokasi transfer ke daerah dari tahun anggaran 2001—2008 terus mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Jika pada anggaran tahun 2001 jumlahnya mencapai Rp 81,1 triliun, maka pada anggaran tahun 2007 telah mencapai Rp 253,3 triliun, dan menjadi Rp 293,6 triliun pada tahun 2008. Peningkatan jumlah alokasi tersebut mengalami pertumbuhan rata-rata sekitar 20,2 % per tahun[86].

Dampak peningkatan anggaran kesehatan dan alokasi Askeskin mampu menurunkan persentase orang yang jatuh miskin karena pengeluaran sektor kesehatan menurun dari 1,2% pada tahun 2005 menjadi 0,9% pada tahun 2006.[87]

84 Bank Dunia, *Berinvestasi dalam sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*. (Bank Dunia, 2008).
85 Kementerian Keuangan, *Nota Keuangan dan APBN Tahun 2001* (Jakarta: Kemenkeu, 2001).
86 Kementerian Keuangan, *Nota Keuangan dan APBN Tahun 2009* (Jakarta: Kemenkeu, 2009).
87 Kementerian Keuangan (2009), *ibid*.



Keterangan : - Realisasi 2001 s.d 2003 berdasarkan PAN, 2004, 2005, dan 2006 berdasarkan LKPP (audited).
- Tahun 2007 menggunakan angka APBN-P 2007 ;
- Tahun 2008 angka APBN-P 2008

Sumber : Departemen Keuangan

Grafik 2.2 : Realisasi APBN Tahun 2001-2008 Tentang Dana Otsus, Penyesuaian dan Perimbangan. Sumber: NHA Tahun 2001-2008.

Sebaliknya, terjadi peningkatan yang cukup besar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan rumah sakit oleh masyarakat miskin pada periode tersebut. Meskipun terjadi peningkatan anggaran dan pemanfaatan, namun harus diakui masih terdapat kesenjangan antara pemanfaatan dan efektifitas anggaran. Pada tahun 2006, hanya 73% dari total anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan berhasil dimanfaatkan secara efektif.[88] Situasi ini dipengaruhi oleh implementasi desentralisasi fiskal yang diatur dalam Undang-Undang No. 33 Tahun 2004, dalam mendistribusikan dana kesehatan di tingkat daerah melalui mekanisme DAU dan DAK. Meskipun bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan anggaran kesehatan di daerah, namun dalam praktiknya masih terdapat tantangan dalam mengoptimalkan pemanfaatan dana tersebut untuk meningkatkan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin secara merata dan berkualitas.

88 Kementerian Keuangan (2009), *ibid*.

7. Pendanaan Jaminan Kesehatan

Jaminan (asuransi) sosial merupakan program yang diatur oleh undang-undang dengan tujuan untuk melindungi peserta atas sejumlah risiko, dan menjamin pencapaian keadilan yang merata. Di Indonesia sendiri, awalnya asuransi kesehatan sosial hanya diberlakukan eksklusif bagi pegawai negeri sipil yang kemudian dikenal sebagai Askes PNS, dan pegawai swasta atau JPS Jamsostek. Namun ketika UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN diberlakukan maka setiap penduduk diwajibkan memiliki asuransi kesehatan.[89] Jaminan sosial menurut ILO (*International Labour Organization)* merupakan usaha dari pemerintah untuk memberikan kepastian perlindungan, pemeliharaan kesehatan dan pendapatan terhadap resiko hilangnya pendapatan seperti jatuh sakit, hari tua, pengangguran, kecelakaan kerja, kehamilan ataupun kematian pencari nafkah dalam keluarga.[90]

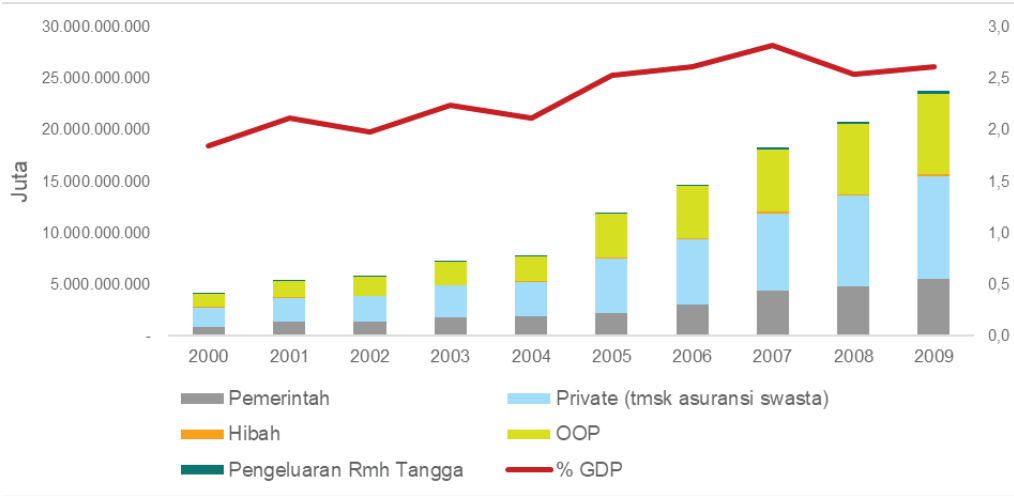
Selain itu, pada tahun 2005 juga ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan RI 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah. Keputusan tersebut merujuk pada RPJMN Tahun 2004 - 2009 yang telah ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005. Pada RPJMN Tahun 2004 - 2009, bidang kesehatan difokuskan pada peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, dilaksanakan oleh semua pelaku pembangunan kesehatan (*stakeholders*), baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. [91] Sementara sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai oleh Depkes termuat dalam Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan (Renstra-PK) 2005-2009. Renstra tersebut memuat strategi dan kebijakan yang akan dilakukan Depkes dalam pembangunan kesehatan pada periode 2005 - 2009. Kemudian, pada tahun 2007 diterbitkan Permenkes Nomor 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.

Promosi kesehatan yang dimuat dalam Permenkes tersebut, terdiri atas promosi kesehatan di dalam gedung dan di luar gedung Puskesmas. Kegiatan promosi di dalam gedung Puskesmas berupa di tempat pendaftaran, poliklinik, ruang pelayanan KIA & KB, ruang perawatan inap, laboratorium, kamar obat, tempat pembayaran, klinik khusus, dan halaman. Sementara, kegiatan promosi di luar gedung Puskesmas berupa kunjungan rumah, pemberdayaan berjenjang, dan pengorganisasian masyarakat. Selain itu, pelayanan kesehatan gratis skala

89 Budi Hidayat, "Rambu-Rambu Jaminan Kesehatan Nasional", disampaikan dalam *Pidato Upacara Pengukuhan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ekonomi dan Asuransi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI*, 2013, hlm. 2.

90 Daniel Perwira, dkk., *Perlindungan Tenaga Kerja Melalui Sistem Jaminan Sosial: Pengalaman Indonesia* (Jakarta: Smeru, 2003).

91 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah.



Grafik 2.3 : Pembiayaan Kesehatan di Indonesia Tahun 2000-2009. Sumber: Global Health Expenditure Database, WHO

nasional juga diupayakan oleh pemerintah sejak 2005 melalui Askeskin untuk masyarakat kelas bawah. Anggaran tersebut berawal dari Rp 2,1 triliun dan terus mengalami meningkat dari waktu ke waktu. Pada tahun 2013 peningkatan anggaran tercatat hingga 400% atau sebesar Rp 8,2 Triliun. Utilisasi layanan kesehatan gratis tersebut juga meningkat dari 36,1 juta jiwa di 2005 menjadi 86,4 Juta jiwa di tahun 2013.

Sementara Jamkesmas dikelola oleh pemerintah pusat, layanan kesehatan di daerah diselenggarakan melalui program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Program ini, yang bertujuan untuk menyediakan akses kesehatan bagi masyarakat luas, dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero) dengan nama Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU). Mulai diterapkan pada tahun 2005, program ini berhasil mencakup 200 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Sejak diluncurkannya, PJKMU terus berkembang seiring dengan komitmen pemerintah untuk meningkatkan cakupan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin

Pada awal pelaksanaannya, pemerintah mulai mengalokasikan anggaran yang signifikan untuk pelayanan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin yang mengakses layanan di Puskesmas dan rumah sakit kelas III. Baik fasilitas kesehatan yang dikelola pemerintah maupun swasta yang ditunjuk turut berperan dalam pelaksanaan program ini. Dalam kurun waktu 2005 hingga 2008, anggaran yang dialokasikan untuk program Askeskin, yang kemudian berubah

nama menjadi Jamkesmas, mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Dari semula Rp 3,2 triliun, anggaran tersebut meningkat menjadi Rp 4,7 triliun, dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 13,1 % per tahun.

Namun, di tengah upaya peningkatan cakupan ini, tantangan besar masih menghadang, terutama dalam hal pembiayaan kesehatan. Meskipun proporsi pembiayaan kesehatan dari pemerintah naik sebesar 3,5 % selama periode tersebut, nyatanya peningkatan itu belum mampu menekan dominasi pengeluaran dari kantong pribadi atau *Out of Pocket* (OOP). Pengeluaran dari kantong pribadi tetap mendominasi, menyumbang sekitar 50 % dari total pengeluaran kesehatan nasional. Angka ini masih cukup tinggi dari rekomendasi WHO, untuk menekan angka OOP hingga 15%. Pada periode yang sama, asuransi kesehatan swasta juga belum berkembang dan hanya menyumbang 1,8 % dari keseluruhan pengeluaran kesehatan, menunjukkan bahwa sektor ini masih belum mampu berkontribusi secara signifikan terhadap pembiayaan kesehatan nasional. Hal ini menegaskan perlunya reformasi yang lebih mendalam dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, baik melalui peningkatan alokasi anggaran pemerintah maupun pengembangan sektor asuransi kesehatan yang lebih inklusif dan efisien

Perkembangan sistem jaminan kesehatan di Indonesia pasca reformasi menunjukkan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi masyarakat, terutama kelompok miskin dan rentan. Dari JPS-BK hingga Jamkesmas, terlihat upaya pemerintah untuk memperluas cakupan dan meningkatkan kualitas layanan. Namun, dibalik peningkatan anggaran dan cakupan, masih terdapat tantangan besar dalam implementasi dan efektivitas program.

Meskipun anggaran kesehatan meningkat signifikan, dari Rp 9,3 triliun pada 2001 menjadi Rp 16,9 triliun pada 2008, target 5% dari total anggaran negara belum tercapai. Pertanyaan kritis yang muncul: Mengapa sulit mencapai target ini? Apakah ada hambatan struktural atau politis? Selain itu, meski cakupan layanan meningkat, pengeluaran dari kantong pribadi (OOP) masih mendominasi sekitar 50% dari total pengeluaran kesehatan nasional. Bagaimana strategi pemerintah untuk menurunkan angka OOP ini? Apakah sistem yang ada saat ini cukup efektif dalam melindungi masyarakat dari risiko finansial akibat biaya kesehatan?

Desentralisasi kesehatan yang dimulai tahun 1999-2000 bertujuan mendekatkan layanan kesehatan kepada masyarakat. Namun, implementasinya menghadapi berbagai tantangan, termasuk keterbatasan kapasitas daerah dan disparitas layanan antar wilayah. Bagaimana pemerintah dapat memastikan

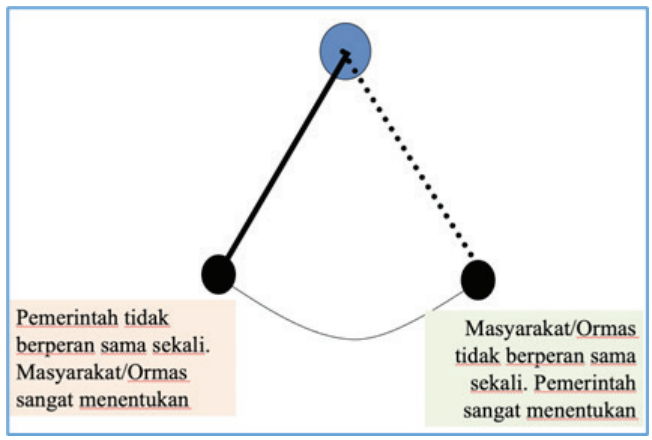
pemerataan kualitas layanan kesehatan di seluruh daerah? Apakah perlu ada mekanisme baru dalam transfer fiskal untuk sektor kesehatan? Jawaban atas pertanyaan-pertanyaan ini akan sangat menentukan arah pengembangan sistem jaminan kesehatan di masa mendatang.

D. Kebijakan Sumber Daya Manusia

Pada periode ini terjadi perubahan besar lanskap politik Indonesia yang ditandai perubahan pemerintahan politik Orde Baru menjadi Reformasi pada tahun 1999. Perubahan sistem pemerintahan ini berdampak pada munculnya kebijakan pembagian kewenangan atau desentralisasi, antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Penekanan pada desentralisasi memperkuat kewenangan pemerintah daerah, yang berpengaruh signifikan pada kebijakan kesehatan, terutama pada pendidikan dan praktik kedokteran. Hal ini mendorong reorientasi pendidikan tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sistem yang terdesentralisasi, serta penguatan peran organisasi profesi seperti IDI dalam mengatur standar praktik dan etika kedokteran. Mengapa kedua hal ini berhubungan? Produk hukum yang menandai perubahan tersebut adalah disahkannya UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. UU ini menjadi tonggak penting dalam mengatur berbagai aspek, tidak hanya praktik dokter, melainkan juga pendidikan kedokteran dan peran berbagai pemangku kepentingan, termasuk peran organisasi-organisasi pemerintah dan swasta yang terkait.

Dalam UU Praktik Kedokteran 2004 terjadi perubahan besar, dimana sebagian dari otoritas pemerintah dalam pengaturan pelayanan kedokteran diserahkan ke organisasi profesi sebagai organisasi swasta (*civil society organization*), atau skema *professional-public partnership*. Seperti diketahui, dalam sistem kesehatan, dikenal pembagian tugas dimana terdapat fungsi pemerintah sebagai regulator atau pihak yang mempunyai kewenangan membuat peraturan dan menjamin pelaksanaannya. Di luar pemerintah, terdapat operator pelayanan kesehatan yang dapat berupa organisasi pemerintah atau swasta, dan organisasi-organisasi di masyarakat. Dinamika yang terjadi adalah kewenangan atau kekuasaan mengatur pelayanan kedokteran dapat berada di pemerintah sepenuhnya, atau sebagian diserahkan dalam tingkat tertentu kepada organisasi yang ada di masyarakat.

Secara historis terjadi dinamika hubungan pemerintah dengan organisasi profesi dokter sebagai organisasi di masyarakat sejak dari kolonial Belanda sampai di masa UU Praktik Kedokteran 2004. Dalam mengilustrasikan dinamika tersebut ada metafora berupa pendulum yang bergerak dari kiri ke kanan dan bisa kembali lagi.



Gambar 2.3: Pendulum 2 kutub ekstrim: dimana di sebelah kiri pemerintah tidak berperan, sementara yang di kanan pemerintah sangat berperan.

Sejarah kebijakan nasional terkait sumber daya manusia (SDM) kesehatan di Indonesia mencerminkan perjalanan panjang yang dipengaruhi oleh dinamika antara pemerintah dan organisasi profesi kedokteran. Pada masa kolonial Belanda, praktik kedokteran diatur dalam *Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 97* Tahun 1882. Undang-undang itu dengan jelas menggambarkan bahwa negara (dalam hal ini Gubernur Jenderal dan Direktur *Departement van Onderwijs, Eeredienst en Nijverheid, DOEN*) mempunyai kedudukan yang sangat kuat dalam pengawasan praktik kedokteran sejak perizinan, ujian kompetensi profesi sampai izin operasional di lapangan.[92]

Praktik kedokteran diawasi dengan ketat oleh pemerintah kolonial, termasuk dalam hal pengorganisasi profesi dokter yang di dalamnya terdapat perkumpulan bagi dokter Eropa dan bumiputra. Prasangka rasis khas kaum kolonialis terpacak begitu jelas. Ada sentimen negatif yang menguar dari para dokter Eropa kepada rekan satu profesinya yang merupakan bumiputera.[93] Dalam strata masyarakat kolonial, yang menempatkan orang Eropa di bagian puncak dan bumiputra pada dasar konstruksi sosial tersebut, kemunculan kaum bumiputra yang diberi pendidikan untuk menjadi dokter dianggap sebagai sesuatu yang tidak lazim. Dalam konteks menjadi dokter, nada sumbang dari orang pihak yang pro akan *status quo* tersebut diwakili oleh berbagai pihak, salah satunya dokter Eropa

92 Baha Uddin, "Praktik Dokter di Indonesia Masa Kolonial dan Reformasi: Sebuah Studi Perbandingan Mengenai Kedudukan Organisasi Profesi Dokter Dalam Sistem Kesehatan Negara", *Laporan Penelitian Kolaboratif*, Fakultas Ilmu Budaya, UGM, Tahun 2023.

93 Hans Pols, *Merawat Bangsa: Sejarah Pergerakan Para Dokter Indonesia*, (Jakarta: Kompas, 2019), hlm., 129-132.

itu sendiri. Sementara itu sikap diskriminatif juga tampak dari pemerintah kolonial. Apresiasi yang diberikan kepada dokter bumiputera begitu jomplang jika dibandingkan dengan sejawatnya yang berasal dari Eropa.[94] Padahal tidak ada perbedaan signifikan pada tugas mereka di lapangan. Berangkat dari kondisi yang getir ini inisiatif dari dokter bumiputera untuk menggalang solidaritas pun muncul. Berdekatan dengan kemunculan Budi Utomo, perkumpulan dokter bumiputera pun segera terbentuk.

Pada 17 September 1909 seorang dokter asal Ambon bernama W.K Tehupeiory, yang mengenyam pendidikan doktor di Universitas Amsterdam, mengorganisasi para dokter bumiputera membentuk perkumpulan bagi dokter bumiputera dan sebuah nama pun tercetus: *Vereeniging van Inlandsche Geneeskundigen* (VIG).[95] Akhirnya dokter bumiputera pun mempunyai corong dalam memperjuangkan hak-haknya dan melawan diskriminasi sekaligus memperjuangkan kesetaraan dalam profesi dokter.[96] Hal ini sekaligus menambah jumlah organisasi profesi bagi para dokter di Indonesia masa kolonial. Setelah VIG terbentuk maka ada 2 organisasi Profesi: pertama adalah organisasi profesi dokter Eropa yang dibentuk pada 1902 dan VIG itu sendiri.

Setelah kemerdekaan, pada tanggal 22-25 September 1950 Muktamar pertama Ikatan Dokter Indonesia digelar di Jakarta. Tujuan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) disebut dalam Anggaran Dasar (1950) dalam muktamar yaitu : (1) memperjuangkan hak pokok tiap-tiap manusia untuk memperoleh kesehatan jasmani dan rohani sesuai dengan paham keadilan sosial; (b) mempertinggi derajat kesehatan rakyat; dan (3) mempertinggi derajat ilmu kesehatan dan ilmu ilmu lain yang berhubungan dengan itu.[97] Dalam pasal mengenai usaha ada kalimat-kalimat untuk memperkuat kedudukan yang layak bagi anggota dan mengembangkan berbagai dana untuk perkumpulan. Pada saat didirikan di tahun 1950 terlihat IDI tidak mempunyai tujuan dan usaha yang menjadi

94 Siti Hasanah, "Vereeniging van Inlandsche Geneeskundige: Cara Dokter Pribumi Mendongkrak Status Profesionalisme Dalam Tatanan Kesehatan Kolonial", dalam *Historia*, Volume 5, Nomor 1, 2022. hlm 41-43; dan Hans Pols, *Ibid*, hlm., 100-107.

95 Kemunculan perkumpulan dokter bumiputera ini memang terjadi pada 17 September 1909 di Aula Stovia ketika dr. W.K. Tehupeiory berpidato di depan rekan-rekan sejawatnya. Namun, baru pada 1911 VIG dianggap sebagai sebuah asosiasi atau organisasi profesi. Tercatat asosiasi ini kemudian beberapa kali mengalami perubahan nama. Pada 1918, namanya berubah menjadi Vereeniging van Indische Geneeskundigen. Lalu, pada dekade 1930-an, tepatnya di tahun 1938, kata "Indonesia" pun disematkan dalam asosiasi ini. Nama yang tertera pun menjadi *Vereniging van Indonesische Geneeskundigen*. Lihat dalam: Hans Pols, Ibid.,.hlm. 136-143.

96 Antonius Purwanto, "Hari Dokter Nasional: Sejarah, Kiprah, dan Perkembangan Dokter di Indonesia", *kompaspedia*, 23 Oktober 2020, melalui link https://kompaspedia.kompas.id/baca/paparan-topik/hari-dokter-nasional-sejarah-kiprah-dan-perkembangan-dokter-di-indonesia; Siti Hasanah, *Op Cit*, hlm 48-53.

97 "Sejarah IDI", Ikatan Dokter Indonesia, diakses melalui: https://idionline.org/site/about.

wewenang pemerintah. Pada awal pendiriannya, IDI tidak mengambil peran atau wewenang yang umumnya dimiliki pemerintah dalam bidang kesehatan. Ini menunjukkan bahwa pada masa itu, ada pemahaman yang jelas tentang pembagian peran antara organisasi profesi dan pemerintah. Pendulum kewenangan memang masih berada kuat di tangan pemerintah, mencerminkan struktur kekuasaan yang terpusat pada era tersebut.

Kedudukan IDI mengalami dinamika yang signifikan dengan munculnya euforia yang terjadi pada masa Reformasi yang berusaha mengurangi peran pemerintah di bidang politik dan sosial, seiring dengan perubahan lanskap politik dan sosial di Indonesia. Paradigma kritis terhadap campur tangan pemerintah mulai berkembang, menciptakan ruang bagi organisasi profesi seperti IDI untuk memainkan peran yang lebih besar dalam kebijakan kesehatan. Hal ini dapat dipahami karena pada awal Reformasi di Indonesia menguat kekuatan *civil society.* Menurut Diamond, *civil society* dipahami sebagai bidang kehidupan sosial yang terorganisasi yang bersifat sukarela, menghasilkan diri, sebagian besar bersifat otonom atau mandiri dari entitas negara, serta terikat pada tatanan hukum atau seperangkat aturan bersama.[98] Jadi *civil society* merupakan suatu entitas perantara yang berdiri diantara pribadi dengan negara, yang masing-masing berdiri dengan tingkat otonomisasi yang berbeda. Dalam hal ini *civil society* membutuhkan perlindungan dari tatanan hukum yang dilembagakan untuk menjaga otonomi dan kebebasan bertindaknya.[99]

Secara historis, sikap IDI dalam konteks ini sebenarnya bukan hal yang baru, karena organisasi profesi dokter pribumi masa kolonial, VIG, juga melakukan hal yang serupa. VIG sangat kritis dan vokal terhadap berbagai kebijakan yang diambil oleh pemerintah kolonial Belanda. Namun sebagian isu yang disuarakan VIG pada waktu itu lebih menekankan pada nasib internal dokter yang menjadi anggota VIG dan menuntut kesetaraan posisi antara dokter pribumi dengan dokter Eropa. Beberapa dokter pribumi juga melakukan perjuangannya dalam bidang legislatif yaitu menjadi anggota Volksraad. Pada masa kolonial, otoritas dalam mengatur semua aspek di sektor kesehatan berada ditangan pemerintah kolonial. Sementara pada masa awal pendirian IDI, sejak tahun 1952 sampai dengan berakhirnya masa pemerintahan Soekarno, IDI lebih melakukan konsolidasi internal dan melakukan beberapa advokasi mengenai rencana perundangan dalam sektor kesehatan pada masa itu. Selama periode rezim Orde Baru, IDI menjadi bagian penting dalam agenda pembangunan kesehatan. Sifat

98 Larry Diamond, "Rethinking Civil Society: Toward Democracy Consolidation" *Journal of Democracy*, Vol. 5, Issue 3, July 1994, hlm. 4-17.

99 Larry Diamond, *Development Democracy: Toward Consolidation*, (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999), hlm., 218.

pemerintahan otoritarian Orde Baru yang tidak memungkinkan dilakukannya kritik, maka posisi IDI benar-benar menjadi mitra bagi pemerintah Orde Baru, sehingga praktis secara kelembagaan, IDI tidak lagi banyak melakukan kritik sebagaimana dilakukan VIG pada masa kolonial. Ketika bergulirnya Reformasi, terjadi tuntutan perubahan dalam kehidupan berbangsa dan bernegara yang membawa isu demokratisasi dan otonomi, IDI secara lembaga ingin mengembalikan posisinya sebagai penyeimbang dan pengontrol wewenang pemerintah sebagai pemegang otoritas dalam sektor kesehatan.

Pada masa awal Reformasi, pembentukan UU Praktik Kedokteran Tahun 2004 menjadi tonggak penting dalam pengelolaan profesi medis, tak lepas dari dinamika sosial dan politik yang melingkupinya. Sebelum hadirnya regulasi ini, profesi medis berjalan tanpa standar yang baku, dengan pengakuan dokter spesialis seringkali hanya mengandalkan surat pernyataan profesor tanpa sertifikat kompetensi[100]. Kondisi ini menjadikan IDI sebagai satu-satunya organisasi yang mengatur profesi dokter, meski tidak didukung landasan hukum yang kokoh. Pada era Reformasi, IDI memanfaatkan momentum demokratisasi untuk memposisikan diri sebagai *civil society organization* yang berhak mengawasi kewenangan pemerintah (Depkes), demi menciptakan tatanan yang lebih otonom. UU Praktik Kedokteran kemudian muncul sebagai instrumen yuridis formal yang tidak hanya membatasi wewenang pemerintah dalam urusan profesi medis, tetapi juga melindungi otonomi IDI. Harmonisasi antara IDI dan pemerintah pada masa itu melahirkan berbagai kebijakan progresif, seperti pembentukan Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI) dan pengenalan kurikulum pendidikan kedokteran berbasis kompetensi, yang menandai awal baru dalam pengelolaan profesi kedokteran di Indonesia.

Lebih dari setengah abad setelah IDI didirikan, UU Praktik Kedokteran disahkan pada tahun 2004. Apa yang terjadi? Pendulum kewenangan bergeser ke kiri sehingga pemerintah tidak mempunyai otoritas kuat dalam pengaturan kedokteran. Titik balik yang signifikan terjadi dengan disahkannya Undang-Undang Praktik Kedokteran tahun 2004. UU ini menjadi katalis pergeseran pendulum kewenangan ke arah organisasi profesi (organisasi masyarakat). Proses penyusunan UU dengan rancangan utama disusun oleh organisasi *Consortium of Health Sciences* (CHS) dan perhimpunan dokter spesialis, yang diajukan melalui Dewan Perwakilan Rakyat (DPR), sebagai UU inisiatif dari DPR, tanpa pelibatan Kementerian Kesehatan dan minimnya pelibatan partisipasi publik, menandai perubahan paradigma dalam pengaturan profesi kedokteran di Indonesia.

100 Wawancara dengan Dr. dr. Mohammad Adib khumaidi, Sp.OT. Ketua IDI Periode 2020-2025, pada 12 November 2024

Kesan yang muncul pada waktu itu, sebagaimana ditulis dalam koran Waspada, bahwa pengesahan undang-undang ini terburu-buru karena sosialisasi dalam penyusunannya kurang melibatkan tenaga medis, sehingga menimbulkan pro dan kontra mengenai substansi undang-undang itu sendiri, sekaligus pelaksanaannya.[101]

Setelah disahkannya UU Praktik Kedokteran 2004, pengelolaan pendidikan dokter S1 dan pendidikan residen mengalami transformasi signifikan. Pendidikan tersebut kemudian diatur oleh kolegium yang berada dibawah naungan organisasi profesi, memperkuat peran mereka dalam menentukan standar dan kurikulum pasca berlakunya undang-undang tersebut. Berikut ini pemaparan mengenai perkembangan pendidikan S1 dokter dan pendidikan residen melalui kolegium pasca berlakunya UU Praktik Kedokteran 2004.

1. Kewenangan Universitas dalam Pendidikan Dokter

Pada tahun 1990-an, Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia (KIPDI) diperkenalkan dan mengalami beberapa iterasi. Selanjutnya, *Problem-Based Learning* (PBL) mulai diterapkan dalam bentuk modul *hybrid*. Pada awal tahun 2000-an, KIPDI-3 diimplementasikan dengan fokus untuk menyiapkan dokter umum yang siap praktik. Tonggak penting dalam sejarah pendidikan kedokteran di Indonesia terjadi pada tahun 2004 ketika disahkannya UU Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran. Undang-undang ini menjadi dasar pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang berperan dalam mengatur dan mengawasi praktik kedokteran di Indonesia. Pada tahun 2006, KKI menerbitkan Standar Kompetensi Dokter sebagai acuan bagi penyelenggaraan pendidikan profesi dokter di seluruh Indonesia.

Upaya peningkatan kualitas pendidikan kedokteran terus berlanjut dengan lahirnya program *Health Professional Education Quality* (HPEQ) pada tahun 2010. Program ini diinisiasi oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi dan didukung oleh Bank Dunia, dengan tujuan meningkatkan kualitas pendidikan profesional kesehatan melalui penguatan sistem kebijakan, kapasitas institusi, akreditasi program studi, serta sistem uji kompetensi dan sertifikasi lulusan. Salah satu hasil signifikan dari proyek HPEQ adalah terbentuknya Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan (LAM-PTKes) yang resmi berdiri pada 3 Februari 2014. LAM-PTKes menjadi lembaga independen yang berperan penting dalam menjamin mutu pendidikan kesehatan di Indonesia melalui

101 "Menuju Berlakunya UU Kesehatan Baru", *Harian Waspada*, Edisi 06 Maret 2005; Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Ahmad Djojosugito SpOT(K), MHA, MBA, Ketum IDI periode 2000-2003, pada 25 Juni 2024.

akreditasi program studi kesehatan. Keberadaan LAM-PTKes melanjutkan upaya peningkatan kualitas pendidikan kedokteran yang telah dimulai sejak awal periode Reformasi.[102] Pada periode ini, kewenangan universitas masih sangat kuat dalam pendidikan dokter S1.

2. Kewenangan Organisasi Profesi dalam Pendidikan Kedokteran: Pembentukan Kolegium

UU Praktik Kedokteran tahun 2004 memberikan dasar hukum kuat IDI sebagai organisasi profesi tunggal, termasuk menjadi organisasi para spesialis. UU Praktik Kedokteran memberikan kewenangan signifikan kepada organisasi profesi dalam sektor hulu kedokteran, khususnya dalam kegiatan pendidikan dokter spesialis. Dalam UU Praktik Kedokteran 2004 ditetapkan:

> Pasal 1 Ayat 13
> Kolegium kedokteran Indonesia dan kolegium kedokteran gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
> Pasal 28 Ayat 2
> Standar pendidikan profesi dokter atau dokter gigi disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.
> Pasal 28 Ayat 4
> Kolegium kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, dan asosiasi rumah sakit pendidikan.
> Pasal 29 Ayat 3
> Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi, untuk memberikan kompetensi kepada dokter atau dokter gigi, dilaksanakan sesuai dengan standar pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi.

UU ini menetapkan bahwa pembentukan Kolegium, yang merupakan organisasi krusial dalam pendidikan dokter spesialis, dibentuk oleh organisasi profesi tanpa campur tangan pemerintah. Hal ini berbeda dengan praktik di beberapa negara lain, di mana Kolegium lebih dulu terbentuk sebelum asosiasi profesi dan terpisah dari asosiasi profesi kedokteran.[103]

102 LAM-PTKes, "Perayaan Gemilang 10 Tahun Perkumpulan LAM-PTKes" diakses melalui link https://lamptkes.org/Berita/13efa82b039e4849bebe876417767984/Detail-Berita

103 Camison L, Brooker JE, Naran S, Potts JR 3rd, Losee JE. *The History of Surgical Education in the United States: Past, Present, and Future*. 2022 Mar 17;3(1):e148; Borow, M., Levi, B. & Glekin, M.

Pemberian wewenang ini ternyata menimbulkan berbagai permasalahan di kemudian hari. Organisasi profesi dapat mengarahkan penentuan standar pendidikan, kurikulum, dan penilaian kompetensi yang terlalu spesifik pada satu profesi, sehingga mengenyampingkan kebutuhan pelayanan secara holistik[104]. Permasalahan lainnya termasuk konflik antar Kolegium, misalnya dalam Radiologi.[105] Pemerintah tidak dapat berperan apapun untuk mengatasi karena tidak ada instrumen hukum, atau dengan kata lain pemerintah tidak memiliki landasan hukum yang kuat untuk menangani konflik tersebut. Pendekatan ini tidak sejalan dengan praktik global yang umumnya memisahkan organisasi profesi seperti IDI dari Kolegium pendidikan/pelatihan untuk residen.

Pembentukan Kolegium sebagai pengembang ilmu oleh organisasi profesi menciptakan konsekuensi bahwa setiap cabang keilmuan kedokteran hanya melibatkan satu profesi. Tantangan muncul dalam pelaksanaan *shared competencies*, seperti dalam bidang Kedokteran Estetika, yang sebenarnya melibatkan banyak disiplin ilmu, termasuk kulit dan kelamin, bedah, THT, mata, penyakit dalam, hingga rehabilitasi medik. Meski membutuhkan pendekatan terpadu, kompetensi di bidang estetika justru dikembangkan secara terpisah oleh berbagai kolegium, seperti Kolegium Penyakit Kulit dan Kelamin serta Kolegium Bedah. Fragmentasi ini menyulitkan harmonisasi dan pengembangan layanan estetika yang optimal.

Penguatan peran IDI dalam pendidikan semakin terlihat dengan adanya perubahan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga (AD/ART) pada tahun 2006.[106] Perubahan ini menempatkan Pengurus Besar IDI (PB-IDI) sebagai otoritas tertinggi, bahkan di atas Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI). Kondisi ini mengakibatkan IDI memegang kendali penuh dalam pengaturan etika dan standar profesi kedokteran, serta pendidikan residen. Hal ini memperkuat peran IDI dalam menentukan arah kebijakan profesi medis dari hulu (pendidikan kedokteran) ke hilir (praktek kedokteran) di Indonesia. Situasi ini menimbulkan pertanyaan tentang keseimbangan wewenang dalam profesi kedokteran dan potensi implikasi jangka panjang terhadap kualitas dan objektivitas pendidikan serta praktik kedokteran di Indonesia.

Jika dibandingkan dengan berbagai negara lain, kolegium beroperasi secara

"Regulatory tasks of national medical associations - international comparison and the Israeli case". *Isr J Health Policy Res* 2, 8 (2013).

104 "Editorial: Biang Kerok Darurat Dokter", *Koran Tempo*, 8 Desember 2022.

105 "Editorial: Menggugat Monopoli IDI", *Media Indonesia*, 29 Maret 2022; dan "Silang Sengkarut Organisasi Kedokteran", *Koran Tempo*, 18 Mei 2022.

106 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Ahmad Djojosugito, SpOT(K), MHA, MBA, Ketua IDI Periode 2000-2003, pada 25 Juni 2024

independen dan terpisah dari organisasi profesi. Sebagai gambaran berbagai *Royal Colleges* di Inggris, terpisah dari *British Medical Association*. Tidak ada contoh dimana kolegium (*colleges*) merupakan bagian dari *Medical Association*. *Royal College of Surgeons* berdiri independen, terpisah dari *British Medical Association* (BMA).[107] Demikian juga *Singapore College of Internal Medicine* dan *College of Physicians Singapore* terbentuk sebagai entitas hukum independen yang secara organisatoris terpisah dari *Singapore Medical Association*.[108]

Mengapa tiba-tiba ada sebuah pasal dalam UU Praktik Kedokteran yang menyatakan Kolegium dibentuk oleh organisasi profesi? Hal ini dapat ditelusuri dari sejarah Kolegium di Indonesia. Sejarah Kolegium yang mendidik residen di Indonesia tidak mengenal konsep Kolegium. Pemerintah kolonial Belanda tidak pernah mengenalkan konsep Kolegium ini ke Hindia Belanda. Pendidikan dokter di Indonesia yang dimulai dari Sekolah Dokter Jawa, berkembang ke arah pendidikan dokter umum ditandai dengan transformasinya Sekolah Dokter Jawa menjadi STOVIA (*School tot Opleiding voor Inlandsche Artsen*) di Batavia pada tahun 1902, kemudian disusul berdirinya NIAS *(Nederlandsche Indische Artsenschool)* di Surabaya tahun 1913. Tonggak penting pendidikan dokter di Indonesia terjadi pada 1927 ketika didirikannya lembaga pendidikan tinggi kedokteran yang bernama *Geneeskundige Hoogeschool* (GHS) di Batavia. GHS merupakan lembaga baru hasil peningkatan jenjang pendidikan setingkat diploma sebelumnya yaitu STOVIA. Pendirian STOVIA, NIAS, maupun GHS pada masa kolonial Belanda itu tidak disertai dengan pendirian Kolegium.[109] Berbeda dengan negara-negara lain di mana kolegium terbentuk lebih dulu sebelum asosiasi profesi, di Indonesia kolegium justru dibentuk oleh asosiasi dokter spesialis di lingkungan IDI.[110] Istilah kolegium baru dikenal di Indonesia di era tahun 1954 oleh profesi bedah.[111]

Pada saat penyusunan UU Praktik Kedokteran 2004, peranan organisasi profesi sangat terlihat. Pasal pembentukan kolegium yang ditetapkan oleh organisasi profesi menjadi awal dari anomali Indonesia dalam standar global hubungan antara organisasi profesi dengan kolegium.

---

107 Hassan TB. "Looking back and forward: emergency medicine in its 50th year". *Emerg Med J*. 2018 Mar;35(3):137-13

108 Shih-Hui Lim, Keng-Yeen Ng, Chin-Hin Chew. From the Chapter of Physicians, Academy, Singapore to the College of Physicians, Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*. Juli 2007; Volume 36, No. 7: 526-540.

109 Sejarah - Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, diakses melalui: https://fk.ui.ac.id/sejarah.html; "Kebijakan Pendidikan Kedokteran di Indonesia". *Info Singkat Kesejahteraan Sosial*. April 2012; Volume IV, No 08: 9-12.

110 "Kolegium-Organisasi Profesi Satu Kesatuan", *Kompas.id*, 13 September 2017, melalui tautan:https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2017/09/13/kolegium-organisasi-profesi-satu-kesatuan

111 "Sejarah Kolegium Ilmu Bedah Indonesia", diakses melalui: https://kibi.or.id/home/sejarah

3. Rekomendasi Ijin Praktik oleh Organisasi Profesi

UU Praktik Kedokteran tahun 2004 memberikan kewenangan khusus kepada IDI dalam proses perizinan praktik dokter. Kewenangan ini berupa pemberian rekomendasi yang merupakan bagian dari tahap akhir (hilir) dalam proses perizinan. Dalam UU Praktik Kedokteran 2004 terdapat wewenang rekomendasi yang diberikan oleh organisasi profesi untuk izin praktik dokter. Pemberian wewenang ini kepada IDI merupakan hal yang tidak lazim dan tidak ditemukan di banyak negara lain. Di negara maju seperti Amerika Serikat, Inggris, Jerman, dan Jepang, perizinan praktik dokter sepenuhnya menjadi wewenang pemerintah tanpa melibatkan organisasi profesi dalam prosesnya.[112] Pemerintah di negara-negara tersebut memiliki badan atau lembaga khusus yang menangani perizinan praktik dokter, seperti *General Medical Council* di Inggris atau *Medical Council* di Singapura.[113]

Potensi dampak negatif wewenang pemberian rekomendasi oleh IDI, dapat menghalangi keputusan pemerintah daerah (kabupaten/kota) untuk menerbitkan surat izin praktik dokter. Meskipun secara formal Surat Izin Praktik (SIP) dikeluarkan oleh pemerintah daerah, namun dalam praktiknya peran rekomendasi IDI sangat menentukan. Jika IDI tidak memberikan rekomendasi, maka pemerintah daerah tidak dapat menerbitkan SIP bagi dokter yang bersangkutan. Hal ini dapat menghambat distribusi dokter sesuai dengan kebutuhan masyarakat di daerah tersebut.

Wewenang rekomendasi oleh organisasi profesi ini merupakan lubang yang dapat dimanfaatkan oleh oknum dokter untuk menghambat praktek sejawatnya. Unsur subjektivitas dapat bermain dalam proses pemberian rekomendasi oleh IDI. Oknum dokter yang memiliki kepentingan tertentu dapat memanfaatkan wewenang ini untuk menghambat praktik dokter lain yang dianggap sebagai pesaing. Hal ini tentu saja merugikan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang optimal.

> Pasal 38 ayat 1
> Untuk mendapatkan surat izin praktik, dokter dan dokter gigi harus:
> a. memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter

112 "Nur Rijal, "Analisis Perbandingan Sistem Pendidikan Negara-Negara Maju Sebagai Komparasi Kemajuan Pendidikan di Indonesia. *JBB: Jurnal Biologi Babasal*. April 2024; Volume 3, No 1: 7-20; "About Us - German Medical Association", diakses melalui: https://www.bundesaerztekammer.de/en/german-medical-association

113 Shih-Hui Lim, Keng-Yeen Ng, Chin-Hin Chew. From the Chapter of Physicians, Academy, Singapore to the College of Physicians, Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapor*e. Juli 2007; Volume 36, No. 7: 526-540; "Information for Overseas Doctors - NHS", diakses melalui: https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/information-overseas-doctors

gigi yang masih berlaku;
b. mempunyai tempat praktik; dan
c. memiliki rekomendasi dari organisasi profesi.

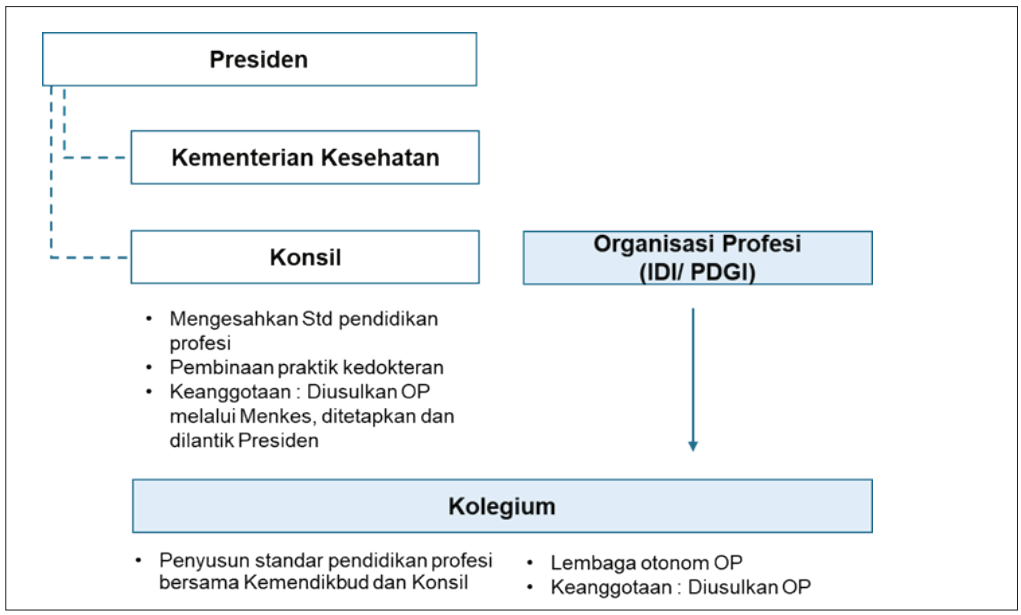
Wewenang IDI dalam memberikan rekomendasi untuk penerbitan SIP bagi dokter menimbulkan beberapa dampak negatif. Meskipun secara formal SIP dikeluarkan oleh pemerintah daerah, namun dalam praktiknya peran rekomendasi IDI sangat menentukan. Hal ini dapat menghalangi keputusan pemerintah daerah untuk menerbitkan SIP dan berpotensi dimanfaatkan oleh oknum dokter untuk menghambat praktik sejawatnya, karena unsur subjektivitas dapat bermain dalam proses pemberian rekomendasi oleh IDI. Kondisi ini tidak sejalan dengan rencana pemerintah membangun sistem pelayanan kesehatan yang kuat dan merata di seluruh wilayah Indonesia.

4. Pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)

Pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) merupakan tonggak penting dalam sistem kesehatan di Indonesia, sebagai bagian dari pelaksanaan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Tujuan utama KKI adalah meningkatkan mutu praktik kedokteran melalui pengaturan, pengawasan, dan pembinaan terhadap dokter serta dokter gigi. Lembaga ini bertanggung jawab langsung kepada Presiden, dengan fungsi yang mencakup pengesahan standar pendidikan profesi, pembinaan praktik kedokteran, serta penetapan dan pencabutan registrasi dokter dan dokter gigi. Dalam menjalankan tugasnya, KKI diharapkan mampu menjaga kualitas layanan medis sekaligus memberikan perlindungan hukum bagi masyarakat..

Namun, struktur keanggotaan KKI menghadirkan tantangan besar dalam mencapai independensinya. Dari 17 anggota KKI, terdapat perwakilan organisasi profesi yang jumlahnya cukup dominan. Keberadaan mereka menimbulkan sejumlah permasalahan, seperti potensi konflik kepentingan dan keraguan atas objektivitas keputusan KKI. Organisasi profesi, yang seharusnya diawasi oleh KKI, justru memiliki peran dalam menentukan kebijakan lembaga tersebut. Kondisi ini memicu kekhawatiran akan pengaruh kepentingan tertentu yang dapat melemahkan kredibilitas serta otonomi KKI dalam menjalankan tugasnya.[114].

114 ”Pendulum kewenangan Kedokteran Indonesia”, *Kompas.id*, edisi 14 April 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/opini/2023/04/13/pendulum-kewenangan-kedokteran-indonesia, “Kewenangan IDI Dinilai Terlalu Besar dalam UU Kesehatan”, *Kompas.id*, 27 Maret 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/03/27/memperkuat-kewenangan-negara-di-ruu-kesehatan, “RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI”, *cnnindonesia.com,* 24 Agustus 2020, diakses melalui: https://www.cnnindonesia.com/nasion



Gambar 2. 4. Struktur Konsil, Organisasi, dan Kolegium dalam Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran

Permasalahan yang timbul dari keberadaan wakil organisasi profesi dalam KKI antara lain:

1. Supremasi peran KKI dalam pengawasan menjadi dipertanyakan. Organisasi profesi yang seharusnya diawasi oleh KKI justru diberi ruang untuk menjadi anggota KKI.
2. Potensi mempengaruhi keputusan: Keberadaan wakil organisasi profesi dalam KKI berpotensi mempengaruhi objektivitas keputusan-keputusan yang diambil oleh KKI.
3. Konflik kepentingan: Terdapat potensi konflik kepentingan antara peran sebagai anggota KKI dan sebagai perwakilan organisasi profesi.
4. Independensi KKI: Keberadaan wakil organisasi profesi dalam keanggotaan KKI dapat mempengaruhi independensi lembaga yang seharusnya bersifat otonom dan tidak terikat kepentingan pihak manapun.

Situasi ini berbeda dengan konsep awal pembentukan KKI yang seharusnya bersifat independen. Dalam praktiknya, keterlibatan organisasi profesi dalam keanggotaan KKI telah menciptakan dinamika yang kompleks dalam pengaturan dan pengawasan praktik kedokteran dan menempatkan posisi pemerintah

al/20200824162528-20-538737/mengenal-konsil-kedokteran-indonesia-yang-diributkan-idi-cs

direduksi. Sejak adanya UU Praktik Kedokteran, hubungan antara pemerintah dan swasta menjadi tidak harmonis yang berdampak pada upaya meningkatkan layanan kesehatan melalui penyediaan dan pemerataan dokter spesialis.

5. Tinjauan Kritis Pembentukan UU Praktik Kedokteran

Proses penyusunan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mengundang sejumlah kritik dari berbagai pihak. Salah satu kelemahan mendasar dalam proses ini adalah ketidakterlibatan aktif Departemen Kesehatan sebagai kementerian teknis yang bertanggung jawab di bidang kesehatan. Hal ini mengakibatkan kurangnya masukan teknis yang diperlukan untuk memastikan bahwa undang-undang tersebut dapat diimplementasikan secara efektif dan selaras dengan kebijakan kesehatan nasional yang ada.

Pembentukan UU Praktik Kedokteran juga tidak sepenuhnya mematuhi amanat Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

> Pasal 39
> Peraturan Pemerintah ditetapkan untuk melaksanakan Undang-Undang.
> 1. Setiap Undang-Undang wajib mencantumkan batas waktu penetapan Peraturan Pemerintah dan peraturan lainnya sebagai pelaksanaan Undang-Undang tersebut.
> 2. Penetapan Peraturan Pemerintah dan peraturan lainnya yang diperlukan dalam penyelenggaraan pemerintahan negara tidak atas permintaan secara tegas dari suatu Undang-Undang dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2)

Sejak diundangkannya pada tahun 2004, UU Praktik Kedokteran belum diikuti dengan Peraturan Pemerintah (PP) yang seharusnya memperkuat landasan hukum bagi pelaksanaannya. Ketiadaan PP ini menciptakan kekosongan hukum yang menyebabkan ketidakpastian dalam implementasi UU tersebut. Tanpa aturan pelaksana yang memadai, berbagai panduan teknis dan operasional yang dibutuhkan untuk mengatur praktik kedokteran tidak dapat disusun, sehingga menghambat efektivitas undang-undang ini dalam memberikan perlindungan bagi pasien maupun kepastian hukum bagi tenaga medis.

Dalam situasi tersebut, IDI berupaya memainkan peran menjadi mitra pemerintah dalam mengatur profesi kedokteran, bukan sebagai pengganti fungsi pemerintah, untuk mengisi kekosongan hukum dengan menerapkan regulasi

internal sebagai panduan bagi para dokter dalam menjalan peran. Peran yang seharusnya dilakukan pemerintah untuk membentuk PP, tidak terjadi. Upaya IDI hanya berusaha membantu menjaga tatanan profesi medis, yang berakitat menimbulkan dilema hukum karena tidak memiliki legitimasi yang cukup untuk menggantikan aturan pemerintah[115]. Sikap ini seringkali diterjemahkan sebagai upaya "kooptasi"[116] oleh IDI. Hingga pada pengujian UU Praktik Kedokteran di Mahkamah Konstitusi pada 2017, hasil putusan mengungkapkan pentingnya masukan IDI dalam ranah praktik dan eksistensi IDI ini tidak bertentangan dengan konstitusi.

Peran pemerintah dalam upaya praktik terdokumentasi dari beberapa produk hukum turunan dari UU Praktik Kedokteran, atas amanat pasal 38 dan 43 seperti Permenkes Nomor 1419/Menkes/PER/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi dan Permenkes Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran; produk-produk ini dianggap tidak adekuat untuk menjalankan UU dengan baik. Peraturan-peraturan ini tidak dapat sepenuhnya menggantikan peran PP dalam memberikan pedoman pelaksanaan yang komprehensif dan mengikat secara hukum. Akibatnya, implementasi UU Praktik Kedokteran menghadapi berbagai tantangan. Ketidaklengkapan peraturan pelaksana turunannya telah menimbulkan kebingungan di kalangan praktisi kesehatan dan berpotensi menciptakan celah hukum dalam penanganan sengketa medis. Ketiadaan PP yang mengiringi UU Praktik Kedokteran selama hampir dua dekade mencerminkan kegagalan pemerintah dalam memastikan kepatuhan terhadap prinsip pembentukan peraturan perundang-undangan. Hal ini tidak hanya merugikan profesi medis tetapi juga melemahkan sistem hukum secara keseluruhan, terutama dalam menangani sengketa medis dan melindungi pasien. Situasi ini menggarisbawahi pentingnya perbaikan proses legislasi, termasuk pelibatan seluruh pemangku kepentingan untuk memastikan setiap undang-undang memiliki landasan operasional yang jelas dan dapat diterapkan secara efektif.

Euforia pasca reformasi di Indonesia membawa perubahan signifikan dalam kebijakan kesehatan, terutama terkait praktik kedokteran dan pendidikan kedokteran. UU Praktik Kedokteran tahun 2004 menjadi tonggak penting yang menggeser pendulum kewenangan dari pemerintah ke organisasi profesi. Pergeseran ini ditandai dengan pemberian wewenang yang lebih besar

115 Wawancara dengan Dr. dr. Mohammad Adib khumaidi, Sp.OT. Ketua IDI Periode 2020-2025, pada 12 November 2024

116 Kooptasi : pengambilalihan atau perampasan sesuatu untuk tujuan baru atau berbeda (Merriam Webster)

kepada organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam berbagai aspek, mulai dari pembentukan kolegium, rekomendasi izin praktik, hingga keterlibatan dalam Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Namun, perubahan ini juga membawa tantangan baru. Dominasi organisasi profesi dalam pengambilan keputusan dan regulasi praktik kedokteran menimbulkan pertanyaan tentang objektivitas, independensi, dan potensi konflik kepentingan. Situasi ini berbeda dengan praktik global di mana umumnya ada pemisahan yang jelas antara peran pemerintah, organisasi profesi, dan lembaga pendidikan kedokteran. Akibatnya, muncul kebutuhan untuk mengevaluasi kembali keseimbangan peran antara pemerintah dan organisasi profesi dalam sistem kesehatan Indonesia, demi mencapai tujuan peningkatan kualitas layanan kesehatan yang merata dan berkeadilan.

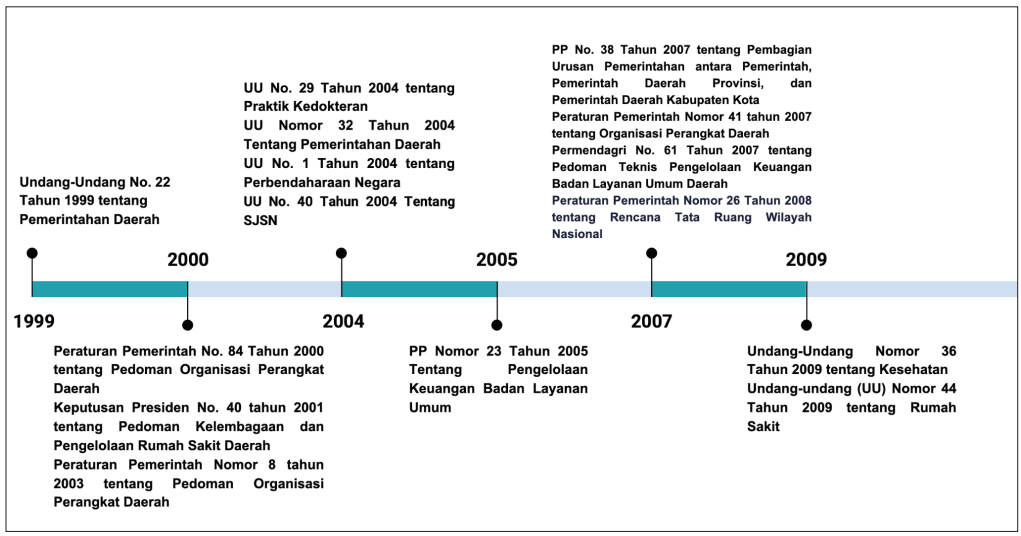
E. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

1. Perkembangan Kelembagaan Rumah Sakit

Dinamika kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah selama periode 1999–2009 menimbulkan dampak yang signifikan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan, khususnya dalam kelembagaan rumah sakit. Sejumlah regulasi, termasuk undang-undang dan peraturan pemerintah, memainkan peran penting dalam transformasi ini. Kebijakan desentralisasi yang diatur melalui UU Nomor 22 Tahun 1999 yang kemudian diubah menjadi UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Berbagai aturan terkait, seperti PP No. 84 Tahun 2000 yang memberikan pedoman organisasi perangkat daerah, dan Keputusan Presiden Nomor 40 Tahun 2001 yang khusus mengatur pengelolaan rumah sakit daerah, menguatkan upaya untuk memberikan otonomi lebih besar kepada pemerintah daerah dalam mengelola layanan kesehatan.

Selanjutnya, penerapan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan PP Nomor 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU) semakin memperjelas kerangka hukum bagi rumah sakit dalam memberikan layanan secara lebih otonom, termasuk fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dan sumber daya. Ini semua memuncak pada penerbitan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang mengukuhkan dasar hukum yang lebih kuat untuk pengelolaan rumah sakit dalam konteks otonomi daerah, serta memperkuat posisi rumah sakit sebagai badan layanan publik yang otonom dan profesional.

Era otonomi pemerintahan di Indonesia dimulai dengan diterbitkannya UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan PP Nomor 84 Tahun 2000 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Kedua aturan hukum ini bertujuan



Gambar 2.5. Linimasa Perkembangan Kebijakan Desentralisasi dan Otonomi Daerah Dalam Kelembagaan Rumah Sakit (1999 - 2009)

untuk menciptakan otonomi daerah dengan memberikan wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur urusan daerah masing-masing, salah satunya dalam mengelola pelayanan kesehatan. Tantangan pengelolaan sumber daya manusia (SDM) muncul pada awal penerapan kebijakan ini karena rumah sakit kesulitan untuk mengelola tenaga kerja, terutama dalam hal perekrutan dan pengembangan SDM yang berkualitas. Pendanaan pun menjadi isu besar karena Rumah Sakit Daerah sangat bergantung pada alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang seringkali dananya tidak mencukupi untuk mendukung operasional rumah sakit. Keterbatasan dalam pengelolaan mandiri ini mengakibatkan Rumah Sakit Daerah tidak memiliki fleksibilitas yang cukup dalam mengambil keputusan strategis terkait pelayanan kesehatan.

Sebagai langkah strategis dalam memperkuat desentralisasi dan otonomi daerah di bidang pelayanan kesehatan, Presiden menerbitkan Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah yang memutuskan kelembagaan rumah sakit daerah dapat berbentuk Lembaga Teknis Daerah (LTD) atau Badan Usaha Milik Daerah (BUMD).[117] Lembaga rumah sakit ini bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan secara efektif dan efisien yang berfokus pada penyembuhan dan pemulihan yang

117 Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah.

terintegrasi dengan upaya peningkatan dan pencegahan, serta melaksanakan sistem rujukan. Tanggung jawab pengelolaan rumah sakit daerah berada di tangan pimpinan daerah, dengan kewenangan rumah sakit meliputi pengelolaan personil, keuangan, dan perlengkapan sesuai peraturan yang berlaku. Untuk mendukung operasional rumah sakit daerah, pemerintah daerah mengalokasikan dana melalui APBD yang dapat bersumber dari berbagai sumber, termasuk penerimaan fungsional, Pendapatan Asli Daerah, Dana Perimbangan, Hibah, Pinjaman Daerah, dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat. Keputusan ini mencerminkan komitmen pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di daerah melalui penguatan otonomi dan pengelolaan yang lebih efektif.

Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang pedoman organisasi perangkat daerah memberikan otonomi yang luas kepada setiap daerah untuk menentukan struktur organisasi yang sesuai dengan kebutuhan setiap daerah.[118] Salah satu poin utama dari peraturan ini adalah perangkat daerah diharuskan menyesuaikan kebijakan dengan kebutuhan dan keadaan yang nyata di daerahnya. Artinya, dalam konteks pelayanan kesehatan, dinas kesehatan di setiap daerah bisa disesuaikan untuk menangani tantangan kesehatan spesifik, seperti stunting, penyakit menular, dan isu gizi. Perubahan dalam regulasi yang mengatur kelembagaan daerah, khususnya melalui PP Nomor 8 Tahun 2003 ini, menciptakan tantangan signifikan bagi pengelolaan keuangan di rumah sakit. Dengan status peraturan yang lebih tinggi daripada Peraturan Menteri, implementasi kebijakan baru ini mempengaruhi fleksibilitas pengelolaan anggaran rumah sakit yang sebelumnya dapat melakukan pembelian dan pengeluaran secara langsung, kini dipaksa mengikuti prosedur birokrasi yang lebih panjang, yang melibatkan persetujuan dari Dinas Kesehatan. Proses ini memperlambat kemampuan rumah sakit untuk merespons kebutuhan mendesak sehingga menyebabkan ketidakpuasan di kalangan manajemen rumah sakit yang merasa terhambat dalam memberikan pelayanan yang cepat dan efektif. Situasi ini menunjukkan bahwa perubahan regulasi, meskipun dimaksudkan untuk memperbaiki sistem, dapat memiliki efek sebaliknya jika tidak diimplementasikan dengan mempertimbangkan kebutuhan praktis di lapangan.

Rumah Sakit Daerah ini beroperasi di bawah naungan Pemerintah Daerah, yang selanjutnya berada di bawah Departemen Dalam Negeri. Oleh karena itu, rumah sakit daerah mengikuti peraturan yang ditetapkan oleh Menteri Dalam Negeri, yaitu Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Peraturan

118 Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.

ini mengatur lembaga-lembaga yang berfungsi sebagai penyedia layanan publik, dan salah satunya adalah LTD, yang sebelumnya dikenal sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD). Dengan adanya regulasi ini, rumah sakit daerah diberikan kewenangan untuk mengelola keuangan mereka sendiri. Hal ini berarti rumah sakit daerah dapat segera merespons kebutuhan mendesak, seperti perbaikan ambulans atau infrastruktur lain, tanpa harus menunggu persetujuan dari pemerintah daerah dan DPRD yang biasanya memerlukan waktu lama. Sebelum ada kebijakan ini, rumah sakit harus mengajukan permohonan dan menunggu persetujuan anggaran, yang sering kali menghambat kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan mendesak. Dengan otonomi keuangan ini, rumah sakit daerah lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat dan dapat mengembangkan inovasi dalam pelayanan kesehatan.

2. Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Terhadap Perkembangan Rumah Sakit

Dalam rangka menjamin perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, sebagaimana diamanatkan UUD 1945, pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Undang-Undang ini memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Hal itu dibuktikan dengan salah satu prinsip sistem jaminan sosial ini yaitu prinsip gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat. Dalam prinsip ini peserta yang berisiko rendah membantu peserta yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Undang-undang ini menjadi dasar hukum bagi sistem jaminan sosial di Indonesia, yang mencakup program perlindungan sosial seperti jaminan kesehatan, hari tua, kecelakaan kerja, dan kematian.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan menjadi bagian penting dari program ini yang bertujuan untuk memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk di rumah sakit, yang lebih merata dan terjangkau bagi seluruh rakyat Indonesia. Undang-Undang ini mengatur bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan swasta yang memenuhi syarat sebagai salah satu fasilitas kesehatan utama menjadi mitra penting dalam implementasi jaminan kesehatan nasional yang dilaksanakan secara terstruktur, berjenjang, dan terintegrasi. Dengan diterapkannya SJSN, rumah sakit secara tidak langsung dituntut untuk dapat mengakomodasi peningkatan jumlah pasien yang datang dari berbagai kalangan, termasuk mereka yang kurang mampu dan berisiko

tinggi. Sistem ini juga menuntut rumah sakit untuk dapat lebih efisien dan transparan dalam mengelola sumber daya serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan agar dapat memenuhi standar yang telah ditetapkan dalam konteks perlindungan sosial. SJSN menjadi katalisator bagi transformasi rumah sakit dalam menyediakan layanan yang lebih inklusif, berkeadilan, dan berkelanjutan sesuai dengan tujuan kesejahteraan sosial yang diamanatkan oleh UUD 1945. Sebelum UU SJSN dapat dijalankan penuh, terdapat skema sebelumnya seperti Jaring Pengaman Sosial (JPS) Bidang Kesehatan, JPK-Gakin, Askeskin, Jamkesda, dan Jamkesmas. UU SJSN baru dapat berjalan efektif setelah terbitnya UU BPJS pada tahun 2011 dan mulai diterapkan pada Januari 2014.

Sementara itu, pada periode ini juga diterbitkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang menetapkan standar profesionalisme, etika, dan mutu dalam pelayanan kedokteran, sehingga rumah sakit dan tenaga kesehatan beroperasi sesuai dengan standar perlindungan pasien. Undang-undang ini juga menargetkan peningkatan kualitas layanan rumah sakit dengan memastikan dokter dan dokter gigi berpraktik sesuai regulasi yang ketat, sehingga mendukung upaya peningkatan pelayanan kesehatan melalui sistem yang lebih terorganisasi.

Undang-Undang No. 29 tahun 2004 dan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 secara bersamaan menciptakan landasan penting bagi peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur dalam UU SJSN bertujuan memastikan seluruh warga negara memiliki akses yang lebih luas dan merata terhadap pelayanan kesehatan sehingga lebih banyak masyarakat yang mendapatkan perawatan medis yang diperlukan. Di sisi lain, UU Praktik Kedokteran memperkuat profesionalisme dan keamanan dalam pelayanan kesehatan dengan menetapkan standar bagi praktik kedokteran yang lebih tinggi, termasuk mendorong pengembangan SDM di bidang kesehatan, di mana rumah sakit dapat memberikan pelatihan dan pengembangan bagi tenaga medis untuk memastikan mereka memenuhi standar profesionalisme yang ditetapkan. Selain itu, kedua aturan hukum tersebut juga menciptakan kesempatan bagi rumah sakit untuk berinvestasi dalam infrastruktur, seperti membangun ruang perawatan baru dan meningkatkan fasilitas medis.

3. Dinamika Perubahan Rumah Sakit menjadi Badan Layanan Umum

UU Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara menandai awal reformasi kedudukan lembaga rumah sakit pemerintah pada periode ini.

Undang-Undang ini mengatur pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan negara secara terbuka yang memiliki dampak yang signifikan terhadap sektor kesehatan di Indonesia. Pengelolaan keuangan yang lebih baik dan dukungan terhadap sistem jaminan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan akses serta kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Namun, tantangan dalam implementasi dan penyediaan dana tetap perlu diatasi untuk mencapai hasil yang optimal.

Lahirnya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah membawa dampak positif bagi Rumah Sakit Daerah terutama dalam aspek kelembagaan dan pengelolaan keuangan. Undang-undang ini memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mengatur urusan pemerintahan, termasuk bidang kesehatan, dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Adanya isu pengalihan rumah sakit ke Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang dianggap berpotensi membuka peluang privatisasi aset publik yang vital mendorong dilakukannya upaya mempertahankan kepemilikan rumah sakit oleh pemerintah sebagai langkah strategis dalam menentang kebijakan neoliberal di sektor kesehatan. Konsep Badan Layanan Umum (BLU) kemudian diajukan sebagai solusi yang menjembatani kebutuhan efisiensi pengelolaan keuangan dengan kepentingan publik, sehingga memungkinkan rumah sakit beroperasi dengan fleksibilitas finansial yang serupa dengan perusahaan swasta, namun tetap berada di bawah kepemilikan pemerintah dan tidak dapat diprivatisasi.

Sebagai penguatan dari konsep BLU, pemerintah menerjemahkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara dengan menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang menjadikan rumah sakit vertikal sebagai BLU. Sebelum adanya kebijakan ini, rumah sakit vertikal beroperasi sebagai UPT Kementerian Kesehatan yang sarat birokrasi, lalu berubah menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan) sebelum akhirnya menjadi BLU. Perjalanan rumah sakit vertikal menjadi BLU menunjukkan upaya pemerintah untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan publik. Meskipun masih ada tantangan yang harus dihadapi, transformasi ini telah membuka jalan bagi pengelolaan rumah sakit yang lebih fleksibel dan berorientasi pada kinerja.

Bagi rumah sakit milik daerah, sistem keuangan daerah berbeda dengan sistem keuangan lembaga pemerintah pusat, sehingga diperlukan penyesuaian. Pada Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, Rumah Sakit Daerah diatur menjadi LTD atau BUMD, serta memungkinkan pengelolaan keuangan melalui status Badan Layanan Umum

Daerah (BLUD). Selanjutnya terbit Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 yang menjadi dasar penerapan PPK-BLUD pada rumah sakit milik pemerintah daerah. Dengan penerapan BLUD, RSUD mendapatkan fleksibilitas yang lebih besar terutama dalam hal pengelolaan keuangan dimana RSUD tidak lagi sepenuhnya bergantung pada mekanisme anggaran daerah. Sebagai contoh, jika RSUD membutuhkan tambahan obat, mereka dapat menggunakan pendapatan BLUD untuk membelinya tanpa harus melalui proses anggaran perubahan yang membutuhkan waktu panjang. Anggaran pengadaan pada BLUD biasanya memiliki batas pagu yang lebih tinggi dibandingkan anggaran belanja langsung dari APBD sehingga memberikan ruang gerak yang lebih luas bagi RSUD untuk merespons kebutuhan pelayanan dengan cepat dan mengembangkan inovasi layanan.

Peraturan-peraturan ini memberikan otonomi kelembagaan dan fleksibilitas keuangan bagi Rumah Sakit, yang memungkinkan rumah sakit mengakses pendanaan tambahan, meningkatkan efisiensi operasional, dan memperbaiki infrastruktur serta layanan kesehatan. Dengan diberikannya kewenangan untuk mengelola anggaran dan pendapatan secara mandiri, rumah sakit kini memiliki kemampuan untuk mengelola keuangannya sendiri tanpa terjebak dalam prosedur birokrasi yang ketat. Hal ini memungkinkan rumah sakit untuk melakukan pengadaan dan pembelanjaan secara lebih efisien, sehingga dapat merespons kebutuhan pelayanan kesehatan dengan lebih cepat dan efektif. Secara keseluruhan, peraturan-peraturan ini menjadikan Rumah Sakit lebih mandiri, produktif, dan transparan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan demikian, perubahan ini memperkuat kapasitas rumah sakit dalam memberikan layanan publik yang berkualitas, serta meningkatkan responsivitas terhadap tantangan yang dihadapi di lapangan.

Desentralisasi kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya berhasil mewujudkan pemerataan fasilitas kesehatan dan rumah sakit di setiap daerah. Setelah desentralisasi, RSUD dikelola oleh pemerintah daerah. Meskipun desentralisasi memberi otonomi lebih besar, kesenjangan dalam manajemen, infrastruktur, dan kualitas layanan antar daerah mulai tampak. Beberapa daerah maju dapat mengelola rumah sakit mereka dengan baik, sementara daerah yang kurang berkembang mengalami kendala pendanaan dan manajemen. Rumah sakit daerah yang menerapkan BLUD memiliki peluang lebih besar untuk maju jika daya beli masyarakatnya cukup baik. Daya beli tersebut meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan inovatif yang dikembangkan rumah sakit di luar paket manfaat jaminan kesehatan sosial, sehingga menjadi potensi pendapatan baru bagi rumah sakit. Sebaliknya,

jika mayoritas masyarakat masih tergantung pada subsidi pemerintah untuk mengakses pelayanan kesehatan, maka peluang RS untuk mengembangkan pelayanan inovatif di luar cakupan jaminan kesehatan sosial juga akan lebih kecil. Pengembangan rumah sakit sepenuhnya bergantung pada kebijakan dan prioritas daerah.[119]

4. Pengaruh UU No. 36 Tahun 2009 dan UU No. 44 Tahun 2009 Terhadap Pelayanan Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, efisien, dan terjangkau. Fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta. Undang-Undang ini menegaskan bahwa pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta memberikan izin operasional di wilayahnya. Ketentuan ini memungkinkan pemerintah daerah untuk mengelola dan meningkatkan pelayanan rumah sakit sesuai kebutuhan lokal, meskipun menyebabkan perbedaan kualitas antar daerah. Standarisasi pelayanan kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan mendorong rumah sakit untuk dapat melakukan peningkatan infrastruktur dan kualitas layanan, serta memperkuat peran rumah sakit umum daerah dalam menyediakan akses kesehatan.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit memberikan dampak sangat positif terhadap Rumah Sakit Daerah (RSD) di Indonesia. Dalam Undang-Undang ini, Rumah Sakit Daerah dapat berbentuk LTD dengan status pengelolaan keuangan sebagai BLUD. Dengan status LTD dan BLUD, Rumah Sakit Daerah tidak hanya memiliki otonomi dalam pengelolaan operasional dan keuangan, tetapi juga mampu menyediakan layanan kesehatan dengan standar yang lebih baik serta meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan rumah sakit. Pengelolaan keuangan BLUD memberikan fleksibilitas kepada Rumah Sakit Daerah untuk menggunakan pendapatan dari pelayanan kesehatan secara langsung tanpa harus menunggu alokasi dari APBD, yang mempercepat peningkatan fasilitas dan kualitas layanan kepada masyarakat.

Berlakunya kedua undang-undang ini memberikan dampak yang signifikan terhadap perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia dengan mengedepankan standar kualitas, pemerataan akses, dan pengelolaan rumah sakit yang lebih profesional. Namun, tantangan masih ada terkait implementasi

119 "Desentralisasi Kesehatan Masih Setengah Hati", diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/654-desentralisasi-kesehatan-masih-setengah-hati/,pada 12 Agustus 2024.

yang merata di seluruh wilayah Indonesia. UU Nomor 36 Tahun 2009 menegaskan hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak, aman, bermutu, dan terjangkau, dengan demikian, UU ini memperkuat tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan fasilitas kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat, baik di tingkat pusat maupun daerah, yang dibarengi dengan peningkatan standar pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

5. Pengelolaan Rumah Sakit Swasta

Kehadiran rumah sakit swasta di Indonesia sebenarnya bukan hal yang baru. Pada awal 1990-an bahkan terjadi gelombang "swastanisasi" sektor kesehatan, sebagai akibat dari pertumbuhan layanan kesehatan swasta atau terlibatnya institusi swasta dalam pengelolaan rumah sakit di berbagai tempat. Keberadaan rumah sakit swasta bukan berarti menegasikan peran pemerintah dalam sektor kesehatan, melainkan membantu meringankan beban pemerintah dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan. Seiring dengan pertumbuhan penduduk Indonesia, keberadaan rumah sakit swasta - yang didukung dengan sumber dana yang sering kali lebih besar - sangat berpotensi mendukung terciptanya ketahanan kesehatan masyarakat, sementara pemerintah dapat berfokus pada pembangunan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ditingkat daerah.[120] Namun, krisis ekonomi yang terjadi di tahun 1998 berdampak pada sektor kesehatan, termasuk eksistensi rumah sakit swasta yang menghadapi tantangan finansial dan operasional untuk mempertahankan layanan kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b tahun 1988 telah mengatur mengenai penyelenggaraan rumah sakit, termasuk rumah sakit swasta. Peraturan ini menjadi acuan awal bagi pengelolaan rumah sakit sebelum diterbitkannya Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mendasari perubahan signifikan dalam pengelolaan rumah sakit swasta di Indonesia. Selain oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, Undang-undang ini menjelaskan bahwa rumah sakit dapat didirikan oleh pihak swasta dengan ketentuan wajib berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya terbatas hanya pada bidang perumahsakitan.[121] Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit yang dikelola oleh swasta berfokus pada pelayanan kesehatan dan memenuhi standar yang ditetapkan dalam regulasi perumahsakitan di Indonesia.

Adanya kewajiban bagi semua rumah sakit swasta untuk berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan menimbulkan tantangan bagi rumah sakit yang sebelumnya tidak memenuhi

120 *Bernas*, 1 Desember 1992, hlm. 4.
121 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009

ketentuan ini dengan konsekuensi kemungkinan pencabutan izin operasional rumah sakit. Meningkatnya jumlah rumah sakit swasta memperketat persaingan dalam menarik pasien, sehingga manajer rumah sakit harus meningkatkan kualitas layanan dengan tetap mengendalikan biaya operasional. Banyak rumah sakit menghadapi kesulitan memperoleh dana investasi untuk meningkatkan fasilitas, teknologi, dan sumber daya manusia. Selain itu, sengketa terkait malpraktik kerap mempengaruhi reputasi serta kepercayaan publik terhadap rumah sakit swasta.

6. Dinamika Perkembangan Rumah Sakit Swasta Melalui Penanaman Modal Asing

Pertumbuhan ekonomi di Indonesia yang terjadi pada tahun 1990-an berdampak signifikan terhadap sektor kesehatan, termasuk rumah sakit. Rumah sakit dianggap sebagai sektor strategis yang memiliki peran penting dalam pelayanan publik sehingga diawasi ketat oleh pemerintah dan relatif tertutup bagi investor asing. Namun, pada awal Reformasi dan masuknya Indonesia dalam berbagai perjanjian perdagangan regional, termasuk dalam *ASEAN Free Trade Area* (AFTA), pemerintah Indonesia memanfaatkan posisi demografi dan kerjasama di bidang jasa kesehatan melalui *ASEAN Framework Agreement on Services* (AFAS) paket ke 10 yang merupakan kerangka besar dan landasan dasar yang menjadi wadah liberalisasi jasa di kawasan Asia Tenggara. Melalui kerjasama AFAS paket ke-10 di bidang jasa yang ditandatangani pada tahun 1998 ini, Indonesia berkomitmen untuk membuka setidaknya 128 sub sektor jasa secara umum dan membuka 8 sub sektor di bidang jasa kesehatan.[122] Fenomena ini telah mengubah arah kebijakan ekonomi nasional ke arah liberalisasi ekonomi, termasuk pada sektor kesehatan. Hal ini merupakan bagian dari strategi pemerintah untuk menarik lebih banyak investasi asing yang bertujuan untuk memulihkan ekonomi nasional yang sedang terpuruk imbas dari krisis ekonomi tersebut.

Sebelum era reformasi, sudah terdapat peraturan yang mengatur penanaman modal asing untuk rumah sakit yang tertera dalam surat keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor 0308/Yanmed/RSKS/PA/SK/IV/1992 tentang Pedoman Teknis Upaya Kesehatan Swasta di Bidang Rumah Sakit Dalam Rangka Penanaman Modal Dalam Negeri. Pada periode ini, di provinsi DKI Jakarta sudah terdapat beberapa rumah sakit dengan skema penanaman modal asing berbentuk perusahaan yang bersifat konglomerasi dan berorientasi pada keuntungan. Contoh yang paling menarik dalam periode ini adalah rumah sakit Gleneagles,

122 Abdurrasyid Zamzami, "Peluang Indonesia dalam Kerangka Kerjasama Asean di Bidang Kesehatan Melalui ASEAN Framework Agreement on Services Paket 10" dalam *IJGD: Indonesian Journal of Global Discourse*, Vol. 2 Ed.1, January - June 2020, hlm. 85 - 98.

rumah sakit Siloam di Karawaci Tangerang yang berinduk pada kelompok perusahaan Lippo.[123]

Pada awal periode Reformasi tahun 2002, berdasarkan peraturan ini, rumah sakit asing diharuskan dimiliki setidaknya 51% oleh pihak Indonesia, tetapi setelah reformasi, kepemilikan asing menjadi 100%. Perubahan ini mengakibatkan kontrol yang lebih rendah terhadap sumber daya kesehatan dalam negeri, dan saat ini, dengan meningkatnya kehadiran dokter asing, pertanyaan mengenai keberlanjutan dan kemandirian sistem kesehatan Indonesia pun semakin mendesak. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah melimpahkan wewenang penanaman modal asing dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, kemudian Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2007 tentang penanaman modal memberi izin penanaman modal asing untuk melakukan usaha di wilayah Republik Indonesia. Hal ini yang kemudian menjadi peluang bagi rumah sakit- rumah sakit di Indonesia untuk dapat mendirikan dan mengelola rumah sakit dengan skema penanaman modal asing.

Langkah konkret pertama yang dilakukan pemerintah dalam membuka sektor kesehatan terhadap penanaman modal asing melalui Peraturan Presiden No. 77 Tahun 2007 tentang Daftar Bidang Usaha yang Tertutup dan Bidang Usaha yang Terbuka dengan Persyaratan di Bidang Penanaman Modal membuat beberapa sektor pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, terbuka terhadap modal asing dengan ketentuan bahwa kepemilikan asing dalam pendirian rumah sakit terbatas hingga 65%. Hal ini merupakan tonggak awal liberalisasi sektor kesehatan di Indonesia. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit memberikan kekuatan lebih pada skema penanaman modal asing untuk pertumbuhan rumah sakit swasta. Undang-Undang ini mewajibkan setiap rumah sakit untuk melaksanakan fungsi sosial, diantaranya memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.

Sejarah kebijakan penanaman modal asing di sektor kesehatan, khususnya rumah sakit, mencerminkan dinamika ekonomi dan politik yang terjadi di dalam negeri, terutama dalam upaya pemerintah untuk menarik investasi dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan nasional. Dalam beberapa dekade terakhir, pemerintah Indonesia telah menerapkan berbagai kebijakan terkait penanaman modal asing, sejalan dengan perubahan kondisi ekonomi global dan

123 Laksono Trisnantoro, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*, (Yogyakarta: UGM Press, 2016), hlm. 21.

tuntutan domestik untuk memperbaiki infrastruktur kesehatan.

7. Pelayanan Kesehatan Primer

Pada awal tahun 2000-an, masih berkembang stigma ditengah masyarakat bahwa Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan dasar yang kurang memadai. Dalam upaya mengubah stigma itu, drg. Oscar Primadi, MPH yang pada masa itu menjabat sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak memperkenalkan program Puskesmas Unggulan, meskipun program tersebut tidak secara resmi diatur oleh pedoman pusat. Puskesmas unggulan difokuskan pada layanan tertentu seperti Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), promotif, preventif, dan kesehatan lingkungan. Setiap Puskesmas diminta melakukan *branding* yang menekankan pada spesialisasi tertentu, seperti model layanan KIA yang melibatkan dokter spesialis obgyn dan anak dari rumah sakit[124].

Pada periode ini, peran kesehatan masyarakat dianggap kurang optimal dan fokus pelayanan kesehatan primer dinilai cenderung mengutamakan pelayanan kuratif dibandingkan pelayanan preventif sehingga muncul usulan untuk memperkuat kembali fungsi preventif dalam sektor kesehatan. Meskipun usulan ini sudah sering didiskusikan, perencanaan yang dihasilkan belum menunjukkan perubahan yang signifikan. Upaya untuk mengembalikan fungsi preventif terus dilakukan, meski masih menghadapi tantangan untuk mencapai hasil yang konkrit terutama dalam hal pelaporan yang dianggap sebagai warisan dari era sentralistik.[125] Pelaporan puskesmas dan posyandu terus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari sistem, meskipun desentralisasi telah berjalan.[126]

Pada periode ini, terjadi kondisi yang tidak ideal pada sektor kesehatan yaitu ketidakcukupan tenaga medis pada fasilitas pelayanan kesehatan primer. Laporan dari Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan (Pusrengun) Kementerian Kesehatan mengungkapkan bahwa 30% dari 7.500 puskesmas yang berada di daerah terpencil tidak memiliki tenaga dokter. Dalam survei yang dilakukan Pusrengun di 78 kabupaten di 17 provinsi Indonesia, ditemukan beberapa hal menarik. Dari 1.165 Puskesmas yang diteliti, sebanyak 364 Puskesmas (31%) berada dalam kondisi yang memprihatinkan. Sekitar 50 % dari puskesmas tersebut dilaporkan tidak memiliki dokter, 18 % tidak memiliki perawat, 12 % tidak memiliki bidan, 42 % tidak memiliki tenaga sanitarian, dan 64

124 Wawancara dengan drg. Oscar Primadi, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI Periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024.

125 Wawancara dengan Prof. dr. Umar Fahmi Ahmad, MPH., Ph.D, Dirjen PPM dan PL Kementerian Kesehatan RI Periode 2000-2005, pada 20 September 2024.

126 Wawancara dengan drg.Oscar Primadi, MPH., Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI Periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024

%, tidak memiliki tenaga ahli gizi.[127] Situasi ini diperumit dengan dihapuskannya program Wajib Kerja Sarjana (WKS) yang sebelumnya tercantum dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana yang dirancang untuk mengatasi masalah kekurangan tenaga medis di daerah terpencil. Undang-Undang ini kemudian dicabut pasca diterbitkannya Undang Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.

Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN merupakan pondasi awal dalam penjaminan sosial di Indonesia, termasuk di bidang kesehatan. Tujuan utama penyusunan undang-undang ini adalah untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Dalam konteks pelayanan kesehatan primer, Undang-undang ini menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang holistik, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pendekatan ini sejalan dengan karakteristik pelayanan kesehatan primer yang komprehensif.[128] UU SJSN juga menggarisbawahi pentingnya sistem pelayanan kesehatan dan rujukan yang terstruktur, dengan menempatkan pelayanan kesehatan primer sebagai ujung tombak. Konsep ini bertujuan untuk mengoptimalkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Namun, implementasi UU SJSN pada periode 2004-2009 menghadapi beberapa tantangan signifikan, seperti minimnya peraturan pelaksana terkait pelayanan kesehatan primer sehingga terjadi kesenjangan antara konsep ideal yang tertuang dalam UU dengan praktik di lapangan. Selain itu, meskipun UU SJSN tidak secara eksplisit menekankan transformasi kelembagaan, dalam implementasinya, aspek ini justru menjadi fokus utama. Konsekuensinya, pengembangan sistem pelayanan kesehatan primer kurang mendapat perhatian yang memadai. Hal ini mengakibatkan ketidakseimbangan dalam pengembangan berbagai aspek sistem jaminan kesehatan nasional.[129] Tantangan-tantangan ini menunjukkan perlunya evaluasi dan penyempurnaan terhadap implementasi UU SJSN, terutama dalam konteks penguatan pelayanan kesehatan primer. Diperlukan upaya lebih lanjut untuk menyelaraskan kebijakan dengan praktik di lapangan, serta memastikan bahwa semua aspek sistem jaminan kesehatan, termasuk pelayanan primer, mendapat perhatian yang seimbang.[130]

127 Anna Kurniati dkk., *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia* (Jakarta: Salemba Merdeka, 2012)
128 *Kajian Akademik Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Sekretariat Jenderal dan BK DPR*, Tahun 2004.
129 Laksono Trisnantoro, *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan*. (Yogyakarta: BPFE, 2009).
130 Thabrany, H. "Politik Jaminan Kesehatan Indonesia". *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 3(4), (2009), hlm. 162-167.

Lahirnya Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004 turut berdampak pada akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, sekaligus memperlebar kesenjangan dalam sistem kesehatan. Akses yang terbatas ini disebabkan berbagai faktor seperti kondisi ekonomi dan infrastruktur kesehatan yang belum optimal. Masih banyak masyarakat Indonesia yang mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, baik karena tingginya biaya perawatan maupun lokasi fasilitas kesehatan yang jauh dan sulit dijangkau. Masalah ini tidak hanya mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, tetapi juga terhadap obat-obatan dan fasilitas rumah sakit. Kondisi ini secara langsung turut berkontribusi terhadap meningkatnya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian anak. Selain itu, masyarakat juga harus menghadapi beban penyakit yang semakin besar, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, yang menambah tantangan serius dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat.

Keterbatasan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan akibat kondisi ekonomi dan infrastruktur yang belum memadai ini telah menimbulkan dampak yang signifikan, baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun yang lebih kompleks. Masalah ini tidak hanya menyulitkan masyarakat untuk mendapatkan perawatan yang memadai, namun juga memperburuk kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan perhatian khusus, baik dalam bentuk kebijakan yang lebih inklusif maupun peningkatan sarana dan prasarana di sektor kesehatan. Perubahan kebijakan di bidang kesehatan juga menunjukkan bagaimana dinamika politik dan ekonomi dapat mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Ketidakmerataan distribusi tenaga medis menjadi salah satu tantangan utama yang harus dihadapi. Ketimpangan ini memperburuk kondisi kesehatan masyarakat, terutama di wilayah-wilayah terpencil yang kesulitan memperoleh tenaga medis yang memadai. Upaya untuk memperbaiki kondisi ini membutuhkan kerja sama dari berbagai pihak, termasuk pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat itu sendiri. Dengan kolaborasi yang lebih kuat, diharapkan akses terhadap pelayanan kesehatan dapat lebih merata dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia.

a. Kebijakan Dasar Puskesmas

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat menjadi landasan penting dalam optimalisasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia, khususnya melalui Puskesmas.

Kebijakan ini menetapkan bahwa Puskesmas harus mengedepankan upaya pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit, tanpa mengesampingkan aspek kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat publik (*public goods*) menjadi fokus utama, dengan tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Upaya ini mencakup berbagai program seperti promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa, serta program kesehatan masyarakat lainnya.

b. Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Pemerintah Indonesia telah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal sebagai langkah strategis untuk memastikan kualitas dan pemerataan pelayanan dasar kepada masyarakat. Peraturan ini berfungsi sebagai pedoman komprehensif bagi pemerintah daerah dalam merencanakan dan mengalokasikan anggaran untuk pelayanan publik serta mengimplementasikan standar pelayanan minimal dengan sektor kesehatan sebagai salah satu fokus utamanya. Peraturan ini secara rinci menguraikan ketentuan mengenai urusan, tugas, wewenang, dan tanggung jawab daerah dalam menyediakan layanan kesehatan yang memadai. Dengan peraturan ini, pemerintah daerah diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya, sejalan dengan upaya nasional untuk menjamin akses setiap warga negara terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terlepas dari lokasi geografis mereka. Implementasi PP Nomor 65 Tahun 2005 merupakan langkah penting dalam mewujudkan sistem pelayanan publik yang lebih efektif dan responsif, khususnya dalam sektor kesehatan. Peraturan ini menjadi landasan bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan strategi yang tepat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayahnya.

c. Penguatan dan Pengembangan Fungsi Puskesmas Melalui Program Posyandu

Pada era desentralisasi, kebijakan kesehatan juga diprioritaskan pada peningkatan kesehatan ibu hamil dan anak melalui Posyandu. Dasar kebijakan ini adalah Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor: 411.3/536/SJ tanggal 3 Maret 1999 tentang Revitalisasi Posyandu yang diikuti Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor 411.3/1116/SJ tanggal 13 Juni 2001 tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu.[131] Posyandu merupakan salah

131 Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu, Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi

satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.[132]

Meski demikian, Posyandu bukanlah kebijakan pertama terkait peningkatan ibu dan anak berbasis komunitas. Jauh sebelum era desentralisasi, terdapat berbagai program serupa terutama pada era Orde Baru. Sejarah Posyandu di Indonesia dimulai pada tahun 1971, ketika Pemerintah Indonesia meluncurkan Program Pengembangan Desa (PPD) untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat pedesaan melalui pembangunan berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan. Dalam kerangka PPD, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) didirikan sebagai bagian dari upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat di tingkat desa. Posyandu pertama kali didirikan di Desa Bendungan, Kecamatan Malangbong, Kabupaten Garut, Jawa Barat pada 21 Agustus 1971. Pendirian Posyandu ini merupakan gagasan dari Ibu Tien Soeharto, istri Presiden Soeharto, yang saat itu menjabat sebagai Ketua Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Indonesia.[133]

Posyandu awalnya dijalankan oleh PKK dan merupakan kerjasama antara petugas kesehatan setempat, ibu-ibu di desa, dan masyarakat. Pada awalnya, Posyandu fokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk imunisasi, penimbangan berat badan balita, pemberian vitamin, dan penyuluhan kesehatan. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup, mengurangi angka kematian ibu dan anak, serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Seiring waktu, Posyandu menjadi semakin populer dan tersebar di seluruh Indonesia. Pada tahun 1984, Posyandu diresmikan sebagai program nasional oleh pemerintah dan dikelola oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program Posyandu terus berkembang, mengalami berbagai penyesuaian seiring dengan perubahan kebijakan dan peningkatan pendekatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat.[134] Di tahun yang sama juga diterbitkan Instruksi Bersama oleh Menteri Kesehatan, Kepala BKKBN, dan Menteri Dalam Negeri untuk mengintegrasikan berbagai kegiatan masyarakat ke dalam satu wadah bernama Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Kegiatan di Posyandu

Daerah, No: 411.3/1116/SJ, Tanggal 13 Juni 2001.

132 Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2011. hlm 11

133 Dinas Kesehatan Kota Tegal, "Posyandu Manfaat dan Sejarahnya di Indonesia", *website* publikasi 2023, diakses melalui https://dinkes.tegalkota.go.id/berita/detail/posyandu-manfaat-dan-sejarahnya-di-indonesia, pada 26 Oktober 2024 pukul 8.20.

134 *Ibid*.

difokuskan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi, sejalan dengan program GOBI-3F (Pemantauan Pertumbuhan, Rehidrasi Oral, Pemberian ASI, Imunisasi, Pendidikan Perempuan, Perencanaan Keluarga, dan Suplementasi Makanan).[135] Peluncuran bentuk baru Posyandu dilakukan secara massal untuk pertama kalinya oleh Kepala Negara Republik Indonesia pada tahun 1986 di Yogyakarta. Sejak Posyandu diresmikan di tahun 1986, jumlah posyandu yang tercatat sebanyak 25.000 posyandu dengan berbagai pencapaian signifikan telah diraih. Angka kematian ibu dan bayi berhasil diturunkan, dan rata-rata harapan hidup masyarakat Indonesia meningkat secara signifikan.[136]

Posyandu mengalami perkembangan pesat, terutama setelah terbitnya Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 9 Tahun 1990 tentang Peningkatan Pembinaan Mutu Posyandu yang menugaskan seluruh kepala daerah untuk meningkatkan pengelolaan mutu Posyandu. Pengelolaan Posyandu dijalankan oleh Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Posyandu sebagai tanggung jawab bersama antara masyarakat dan pemerintah daerah.[137] Pada tahun 2001 dicanangkan Revitalisasi Posyandu yang diatur dalam Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 411.3/1116/SJ tertanggal 13 Juni 2001 yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi dan kinerja Posyandu. Secara umum, tujuan Revitalisasi Posyandu meliputi: 1) Terlaksananya kegiatan Posyandu secara rutin dan berkelanjutan; 2) Tercapainya pemberdayaan tokoh masyarakat dan kader melalui advokasi, orientasi, pelatihan, atau penyegaran; dan 3) Tercapainya penguatan kelembagaan Posyandu.[138]

Ketika era Desentralisasi, terdapat penurunan status gizi dan kesehatan masyarakat, terutama masyarakat kelompok rentan yaitu bayi, anak balita dan ibu hamil serta ibu menyusui, akibat dari krisis ekonomi yang berdampak terhadap kinerja posyandu yang turun. Pada tahun 2007 AKI tercatat 288/100.000 kelahiran hidup, AKB sebesar 34/1000 kelahiran hidup.[139] Hal ini mendorong pemerintah untuk kembali menguatkan fungsi posyandu melalui penguatan kelembagaan posyandu yang didasari dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 54 Tahun 2007 tentang pedoman pembentukan kelompok kerja operasional

135 "Sejarah Hari Posyandu Nasional Diperingati Setiap 29 April", *website* publikasi 2024, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-7314498/sejarah-hari-posyandu-nasional-diperingati-setiap-29-april pada 26 Oktober 2024 pukul 8.32.

136 "Latar Belakang Posyandu", *website* publikasi no date, diakses melalui https://posyandu.id/latar-belakang-posyandu/ pada 26 Oktober 2024 pukul 09.14.

137 *Ibid*.

138 Kementerian Kesehatan RI, dan Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL POSYANDU), *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011) hlm. 4.

139 Broto Wasisto, dkk, *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia 1973-2012*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012), hlm. 312.

pembinaan pos pelayanan terpadu.[140] Peraturan ini menekankan peningkatan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan berbagai pihak dalam mendukung kegiatan Posyandu. Secara komprehensif, peraturan ini bertujuan untuk meningkatkan kinerja Posyandu, memperkuat POKJA[141] Posyandu di berbagai tingkat, dan mendorong Posyandu menuju kemandirian sebagai pusat dan konseling kesehatan masyarakat.

Data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 menunjukkan bahwa terdapat 266.827 Posyandu di seluruh Indonesia. Ini berarti bahwa rata-rata terdapat sekitar 3-4 Posyandu di setiap desa.[142] Revitalisasi Posyandu selaras dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yang menetapkan bahwa keberlangsungan kegiatan Posyandu adalah salah satu kriteria untuk mewujudkan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.[143] Selain itu, posyandu juga berhasil meningkatkan umur harapan hidup rata-rata dari 70,5 tahun pada tahun 2007 menjadi 72 tahun pada tahun 2014.[144]

8. Kebijakan Mutu

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H ayat 1 dan ayat 2 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Untuk itu setiap individu berhak memperoleh kesehatannya secara penuh tanpa terkendala hambatan geografis dan biaya. Pada periode ini, amanat UUD 1945 ini diterjemahkan dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang masih berlaku hingga dicabut dengan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyebutkan pada pasal 59 bahwa semua penyelenggaraan sarana kesehatan harus memiliki izin dengan memperhatikan pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Undang-undang ini juga mengamanatkan upaya pembinaan oleh pemerintah

140 Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pembinaan Pos Pelayanan Terpadu.

141 Kelompok Kerja Posyandu yang selanjutnya disebut Pokja Posyandu adalah kelompok kerja yang tugas dan fungsinya mempunyai keterkaitan dalam pembinaan penyelenggaraan/pengelolaan Posyandu yang berkedudukan di Desa berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pembinaan Pos Pelayanan Terpadu.

142 Kementerian Kesehatan RI dan Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL POSYANDU), 2011,*op.cit*., hlm. 1.

143 Kementerian Kesehatan RI dan Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL POSYANDU), 2011,*op.cit*., hlm. 2.

144 "Latar Belakang Posyandu", *website* publikasi no date, diakses melalui https://posyandu.id/latar-belakang-posyandu/ pada 26 Oktober 2024 pukul 9.14.

terhadap semua kegiatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan guna menjamin terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan dan perbekalan kesehatan yang cukup, aman, bermutu, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Ketentuan dalam UU ini menunjukkan adanya kesadaran terhadap mutu pelayanan kesehatan, akan tetapi, dimensi mutu yang diharapkan untuk dicapai belum tertuang dalam pasal-pasalnya. Undang-undang ini mengamanatkan ketentuan lanjutan untuk perizinan sarana kesehatan dan pembinaan terhadap upaya kesehatan dalam peraturan pemerintah. Meski demikian, kebijakan ini belum cukup adekuat untuk membentuk suatu kerangka kebijakan mutu pada periode pasca reformasi sehingga, jika ditilik dari 6 (enam) dimensi mutu oleh WHO, pada periode ini sistem kesehatan Indonesia masih mengalami tantangan dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, mudah diakses, diterima/berpusat pada pasien, tidak berpihak, dan aman. Sebab, keenam dimensi mutu tersebut belum diadopsi dan dituangkan secara utuh dalam regulasi mutu. Meski semua dimensi menjadi tantangan yang harus diselesaikan, namun saat itu terlihat bahwa fokus pemerintah lebih pada pembenahan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 Tahun 2002 mengatur bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit harus ditetapkan oleh provinsi dengan mempertimbangkan kondisi daerah masing-masing. Tujuannya adalah memastikan mutu layanan rumah sakit yang terjangkau oleh masyarakat serta mendukung pengelolaan manajemen rumah sakit yang mencakup SDM, keuangan, sistem informasi, sarana, dan mutu pelayanan. Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab membiayai pelayanan bagi keluarga miskin. Pedoman dalam Keputusan Menteri Kesehatan ini mencakup garis besar standar rumah sakit, meliputi manajemen, pelayanan medis, penunjang, dan keperawatan. Standar lebih rinci disesuaikan dengan kemampuan fasilitas, masyarakat, dan pembiayaan setempat. Pedoman ini mendukung desentralisasi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan bermutu yang didanai oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496 Tahun 2005 tentang Pedoman Audit Medis mewajibkan rumah sakit melakukan audit medis secara berkala untuk meningkatkan mutu pelayanan medis dan memenuhi standar akreditasi. Audit ini melibatkan tim khusus yang mengevaluasi kasus-kasus penting, minimal tiga kasus per tahun, dengan hasil yang dilaporkan sebagai indikator akreditasi rumah sakit.

a. Desentralisasi dan Standar Pelayanan Minimal

Sebagaimana yang diatur dalam Undang Undang No. 34 tahun 2004 tentang

pemerintahan daerah, pemerintah daerah wajib menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM di Indonesia merupakan kebijakan yang dirancang oleh pemerintah untuk memastikan setiap warga negara mendapatkan pelayanan dasar yang layak dan merata, serta meningkatkan kualitas pelayanan publik, dan mendorong pemerataan pelayanan di seluruh wilayah Indonesia. Lebih lanjut, pedoman penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 yang memberikan pedoman bagi pemerintah daerah dalam menyusun dan menerapkan SPM.

Dalam konteks otonomi daerah, terdapat SPM yang diterapkan untuk berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan. SPM ini dibagi menjadi dua hirarki, yaitu SPM provinsi yang menangani isu lintas kabupaten/kota, seperti penanganan kejadian luar biasa dan krisis kesehatan, dan SPM kabupaten/kota yang berfokus pada tanggung jawab lokal. Pada bidang kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan No. 741/Menkes/Per/VII/2008 memberikan pedoman bagi Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah untuk menyusun standar pelayanan dasar di tingkat Kabupaten/Kota.

Terdapat 12 SPM yang mencakup implementasi SPM di bidang kesehatan yang meliputi berbagai program kesehatan, seperti layanan kesehatan ibu dan anak, usia anak sekolah, usia produktif dan lansia, serta penanganan penyakit menular dan tidak menular. Pelaksanaan SPM membutuhkan pendekatan hierarki yang melibatkan daerah di semua tingkatan. Jika kabupaten/kota tidak mampu memenuhi SPM, maka pemerintah daerah dapat meminta bantuan dari provinsi atau pemerintah pusat melalui kebijakan afirmatif untuk membantu daerah yang kurang mampu. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memastikan standar yang ditetapkan dapat tercapai dan memberikan manfaat nyata bagi masyarakat. Tantangan dalam pelaksanaan SPM meliputi keterbatasan sumber daya, disparitas wilayah, dan kebutuhan koordinasi antar lembaga. Untuk mengatasi tantangan ini, pemerintah terus melakukan upaya perbaikan melalui peningkatan kapasitas, penguatan sistem informasi, dan kerjasama dengan berbagai pihak.

b. Krisis Kesehatan Pasca Krisis Ekonomi

Pasca Reformasi 1998, Indonesia dihadapkan pula pada krisis kesehatan yang disebabkan oleh terjadinya perubahan mendasar, baik dari bidang lingkungan fisik (bencana), ekonomi, sosial, politik, maupun keamanan yang berdampak pada disfungsi pelayanan kesehatan. Krisis kesehatan berdampak signifikan pada peningkatan angka kesakitan dan angka kematian.[145] Krisis moneter Asia

145 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 288-289.

yang terjadi pada tahun 1997-1998 secara nyata berdampak besar bagi kehidupan masyarakat Indonesia. Penurunan ekonomi yang drastis serta peningkatan angka kemiskinan yang terjadi pada waktu itu telah mempengaruhi berbagai sektor, termasuk kesehatan. Dengan menurunnya perekonomian negara, anggaran untuk sektor kesehatan juga berkurang sehingga akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin sulit. Tingginya angka inflasi dan jumlah pengangguran menyebabkan daya beli masyarakat menurun. Banyak keluarga terpaksa mengurangi pengeluaran untuk kebutuhan dasar, seperti makanan, pendidikan, dan kesehatan, yang kemudian berujung pada penurunan kualitas hidup mereka.[146] Meningkatnya angka kematian dan kesakitan akibat krisis kesehatan telah menyebabkan timbulnya wabah penyakit menular. Hal ini mengakibatkan beban ganda penyakit yang ditandai dengan meningkatnya kasus penyakit menular dan tidak menular, serta kesenjangan akses layanan kesehatan.[147]

Krisis kesehatan yang terjadi di Indonesia pada periode ini tidak hanya disebabkan oleh krisis moneter. Pada masa itu, Indonesia dihadapkan dengan lonjakan penyakit menular akibat buruknya sanitasi, kurangnya akses terhadap obat-obatan, dan malnutrisi yang semakin meluas. Penyakit seperti TBC, malaria, dan diare mulai merebak dan memengaruhi banyak orang, terutama mereka yang berada di kalangan masyarakat miskin. Krisis gizi pun menjadi isu yang krusial. Banyak keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi yang memadai sehingga angka malnutrisi meningkat di berbagai kalangan, terutama pada anak-anak dan ibu hamil. Angka kematian akibat gizi buruk meningkat, dan banyak anak mengalami gangguan pertumbuhan. Situasi ini menciptakan lingkaran setan dimana kemiskinan dan kesehatan yang buruk saling berhubungan. Pada sisi lain, dampak psikologis akibat kehilangan pekerjaan dan ketidakpastian ekonomi menjadi hal yang umum. Namun, layanan kesehatan mental di Indonesia pada saat itu belum mendapatkan perhatian yang cukup, sehingga banyak orang dengan masalah mental tidak menerima dukungan yang dibutuhkan.

Di bawah kepemimpinan Presiden B.J. Habibie, pemerintah Indonesia meluncurkan program JPS yang diperkenalkan sebagai respons terhadap krisis moneter yang menyebabkan lonjakan angka kemiskinan dan ketidakstabilan sosial, sehingga pemerintah merasa perlu mengimplementasikan program yang dapat memberikan bantuan langsung kepada masyarakat terdampak. Program ini bertujuan mengurangi dampak negatif krisis ekonomi, dengan komponen

146 "Dampak Krisis Moneter 1998: Sisi Ekonomi, Sosial, hingga Politik", *Kompas.com*.,diakses melalui https://money.kompas.com/read/2024/08/16/100451626/dampak-krisis-moneter-1998-sisi-ekonomi-sosial-hingga-politik pada 15 Agustus 2024.

147 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 290.

utama meliputi bantuan pendidikan untuk anak-anak keluarga miskin, layanan kesehatan gratis untuk masyarakat berpenghasilan rendah, Bantuan Langsung Tunai (BLT) untuk memenuhi kebutuhan dasar, serta program pemberdayaan masyarakat melalui pelatihan dan pengembangan keterampilan.

Program JPS yang dilakukan oleh pemerintah secara nasional sejak tahun 1998/1999 bertujuan membantu masyarakat yang paling rentan terkena dampak krisis ekonomi dan menjamin kebutuhan dasar masyarakat terutama pangan, kesehatan, pendidikan, dan penciptaan lapangan kerja. Untuk itu, Menteri Dalam Negeri memerintahkan kepala daerah, baik Gubernur hingga Bupati/Walikota, untuk mengkoordinasikan perencanaan dan pelaksanaan JPS di daerah masing-masing. Hal itu tertuang dalam Surat Nomor 460/2038/SJ Departemen Dalam Negeri, 27 Agustus 1999 perihal Penanganan Program JPS di Daerah. Dalam surat tersebut setiap kepala daerah diminta berperan aktif dengan mengkoordinasikan dan mendukung pelaksanaan program-program JPS berkaitan dengan data tahun anggaran 1999/2000 dan sebaran lokasi yang telah terlampir di wilayah masing-masing sesuai petunjuk teknis dan kebutuhan daerah. Pada kegiatan *Safari Pembangunan* Gubernur/Bupati/Walikota selalu disampaikan dan dijelaskan program-program JPS dan menghimbau peran serta masyarakat. Melalui surat ini pula kepala daerah diminta rutin melaporkan perkembangan kepada Mendagri melalui Sekjen dengan tembusan Gugus Tugas Pengendalian Program Jaring Pengaman Sosial secara berkala dwi bulanan, mulai 1 Oktober 1999 agar program JPS berjalan efektif dan tetap dapat dikoordinasikan.[148]

Keputusan Presiden No. 190 tahun 1999 kemudian diterbitkan untuk mengkoordinasikan pelaksanaan JPS yang melibatkan berbagai menteri dan lembaga terkait dalam merumuskan kebijakan pengentasan kemiskinan. Meskipun JPS resmi dihentikan pada tahun 2004, namun prinsip-prinsip dasarnya diintegrasikan dalam kebijakan sosial selanjutnya, seperti Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Beberapa kegiatan utama dari program ini meliputi pelayanan kesehatan dasar dan perbaikan gizi untuk seluruh anggota keluarga miskin, terutama ibu hamil, menyusui, ibu nifas, bayi baru lahir, serta anak balita dengan kekurangan energi kronis (KEK). Semua anggota keluarga miskin ini menerima pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas dan rumah sakit rujukan. Kegiatan tambahan meliputi revitalisasi posyandu, pemberian makanan tambahan untuk balita, serta perluasan cakupan pemberantasan penyakit menular. Program JPS mencerminkan upaya pemerintah dalam mendukung masyarakat rentan selama masa krisis dan menjadi dasar penting bagi

148 Surat Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia, Penanganan Program JPS di Daerah, 27 Agustus 1999.

pengembangan sistem perlindungan sosial di masa depan, meskipun tantangan dalam pelaksanaan dan keberlanjutannya masih perlu diperhatikan.[149]

9. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Penyakit gigi dan mulut pada periode ini masih menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat. Kesehatan mulut merupakan komponen penting dari sebuah capaian kesehatan secara umum mengingat mulut menjadi gerbang masuk organisme infeksius makanan yang dikonsumsi tubuh.[150] Penyakit ini bersifat progresif dan akumulatif yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi hingga meluas ke bagian yang lain. Salah satu penyakit mulut yang sering terjadi pada anak-anak adalah karies gigi dengan salah satu jenis karies yang banyak dijumpai pada anak-anak adalah rampan karies.[151] *World Health Organization* menetapkan pada tahun 2000 sebanyak 50% anak usia 5 sampai 6 tahun bebas karies dan standar rerata karies gigi (DMF-T) secara global tidak lebih dari 3 untuk anak usia 12 tahun. Selain anak-anak, penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit masyarakat yang dapat menyerang semua golongan umur. Hasil studi morbiditas SKRT-Surkesnas tahun 2001 saja menunjukkan data dari prevalensi 10 kelompok penyakit yang dikeluhkan oleh masyarakat, penyakit gigi dan mulut ini menduduki urutan pertama dengan angka prevalensi 61% penduduk, dengan persentase tertinggi pada golongan umur lebih dari 55 tahun sebesar 92%. Selain karies gigi, penyakit gigi dan mulut yang banyak diderita oleh masyarakat Indonesia adalah penyakit periodontal yang menyerang gusi.[152]

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia pada awal tahun 2000an ini masih dalam tahap pengembangan dimana kesadaran masyarakat terhadap kesehatan gigi dan mulut sedang dibentuk melalui penyuluhan yang dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk pemerintah. Selain upaya preventif, pemerintah sebagai pengambil kebijakan berupaya mengembangkan regulasi yang menjadi payung hukum pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia. Tahun 2004 menjadi tahun yang krusial dalam perkembangan regulasi pelayanan kesehatan gigi, dimana pemerintah mengeluarkan dua kebijakan penting yaitu Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang mengatur praktik

149 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 332-333.
150 Rini Pratiwi & Ririn Mutmainnah, "Gambaran Keparahan Karies Pada Anak Usia 6,9 dan 12 tahun di Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan menggunakan indeks PUFA/pufa", *Dentofasial*, Vol. 12, No. 2 Juni 2013, hlm 76
151 diakses melalui https://fkg.ugm.ac.id/id/karies-gigi-pada-anak-kenali-penyebabnya, pada 12 Agustus 2024.
152 Kementerian Kesehatan RI, *Program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012, hlm 7)

kedokteran gigi secara lebih komprehensif, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1173/MENKES/PER/X/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut yang menjadi tonggak penting dalam pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan gigi khusus.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran merupakan tonggak penting dalam sejarah regulasi pelayanan kesehatan di Indonesia, termasuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Secara spesifik UU ini menguraikan wewenang dokter gigi yang mencakup pemeriksaan pasien, penegakan diagnosis, penentuan pengobatan, dan pelaksanaan tindakan kedokteran gigi. Undang-undang ini menjadi landasan hukum yang kuat untuk meningkatkan kualitas dan akuntabilitas pelayanan kesehatan gigi, melindungi hak-hak pasien, dan memastikan praktik kedokteran gigi dilakukan oleh profesional yang kompeten dan beretika, bahkan di daerah terpencil yang minim fasilitas kesehatan.[153] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/X/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) kemudian hadir sebagai respons terhadap kebutuhan akan kerangka hukum yang komprehensif untuk pendirian dan pengelolaan RSGM. Melalui peraturan ini, RSGM ditetapkan sebagai institusi yang tidak hanya berfokus pada pengobatan dan pemulihan, tetapi juga berperan dalam pencegahan, pendidikan, dan penelitian. Secara historis, peraturan ini menjadi landasan bagi pengembangan infrastruktur kesehatan gigi yang komprehensif di Indonesia, memfasilitasi pertumbuhan RSGM sebagai pusat pelayanan kesehatan gigi yang modern dan terintegrasi.[154]

Setahun kemudian, tepatnya pada 2005, Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan strategis melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1415/MENKES/SK/X/2005 tentang Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga yang sejalan dengan langkah strategis dalam mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010.[155] Kebijakan ini mengadopsi paradigma sehat dengan menekankan pada pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut melalui pemanfaatan ilmu dan teknologi kedokteran gigi dasar. Dalam implementasinya, dokter gigi keluarga berperan sebagai *"five-star doctor"* yang tidak hanya berfokus pada pengobatan dan rehabilitasi, tetapi juga aktif dalam pencegahan dan peningkatan kesehatan. Dengan pendekatan ini, kebijakan tersebut bertujuan menciptakan lingkungan yang sehat dan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan gigi yang

153 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
154 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/X/2004 Tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut.
155 Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1415/MENKES/SK/X/ 2005 tentang Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi

berkualitas, sejalan dengan upaya pembangunan kesehatan nasional.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah terciptanya masyarakat Indonesia yang hidup dan berperilaku dalam lingkungan sehat dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, termasuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian dari pelayanan kesehatan berpedoman pada *Global Goals for Oral Health 2020* yang telah dikembangkan oleh FDI, WHO, dan IADR. Salah satu program teknis dari *Departemen of Non-Communicable Disease Prevention and Health Promotion* adalah menyarankan negara-negara di dunia untuk mengembangkan kebijakan pencegahan penyakit gigi dan mulut serta promosi kesehatan gigi dan mulut. Kebijakan ini juga mendukung integrasi dan kolaborasi antara program kesehatan gigi dan mulut dengan program kesehatan lainnya.[156] Pada tahun 2007, WHO menetapkan resolusi dari *The 60th World Health Assembly* (WHA) yang menekankan pentingnya promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut di sekolah dengan fokus utama pada penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta praktik perawatan diri di lingkungan sekolah, yang dapat diterapkan dengan pelaksanaan sikat gigi setiap hari di sekolah.[157]

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak sekolah diselenggarakan secara terpadu melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang terintegrasi dengan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS). Berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor: HK.02.04/II/963/2012, Usaha Kesehatan Gigi Sekolah adalah upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut seluruh peserta didik di sekolah binaan yang ditunjang dengan upaya kesehatan perorangan berupaya kuratif bagi peserta didik yang memerlukan perawatan kesehatan gigi dan mulut. Pokok program UKS/UKGS yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat, sehingga dapat dicapai derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal bagi anak sekolah. Program UKGS sendiri sudah berjalan sejak tahun 1951, meski demikian, status kesehatan gigi pada anak usia 12 tahun masih belum memuaskan.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, prevalensi nasional masalah kesehatan gigi dan mulut adalah 23,5%, dan karies aktif sebesar 43,4%. Sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut di atas prevalensi

156 Kementerian Kesehatan RI, *Program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012, hlm 1)

157 Poul Erik Petersen, dkk, "Global Application of Oral Disease Prevention and Health Promotion as Measured 10 years after the 2007 World Health Assembly Statement on Oral Health", *Community dentistry and oral epidemiology*, 48(4), 338–348. https://doi.org/10.1111/cdoe.12538 ,

nasional dan 14 provinsi memiliki prevalensi karies aktif di atas prevalensi nasional.[158] Riskesdas 2007 menunjukan 8,9% penduduk golongan umur 10 tahun ke atas belum menerapkan kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Adapun sudah menerapkan kebiasaan tersebut, 90,7% penduduk menggosok gigi setiap hari pada waktu mandi sedangkan yang dianjurkan adalah sesudah sarapan pagi dan sebelum tidur. Proporsi masyarakat yang menggosok gigi setiap hari sesudah sarapan hanya 12,6% dan sebelum tidur hanya 28,7%.[159] Keadaan ini menunjukkan perlunya peningkatan pengetahuan dan penerapan kebiasaan menggosok gigi sesuai anjuran, salah satunya integrasi UKS/UKGS dengan mempertimbangkan sarana dan media informasi.

Rendahnya kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk berobat ke sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut juga menjadi tantangan. Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi penduduk yang mengalami masalah gigi dan mulut mencapai 23,4% dan hanya 29,6% di antaranya yang menerima perawatan dari tenaga kesehatan gigi dalam 12 bulan terakhir. Data ini menunjukkan adanya kesenjangan yang sangat signifikan antara kebutuhan perawatan gigi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi. Meskipun 46,8% penduduk membutuhkan perawatan gigi, hanya 9,0% yang benar-benar telah memanfaatkan layanan kesehatan gigi.[160] Kondisi ini juga diperparah oleh fakta bahwa prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Misalnya, pada kelompok usia 12 tahun ke atas, prevalensi cacat gigi (seperti karies atau gigi yang dicabut) mencapai 72,9%, menunjukkan bahwa kerusakan gigi bersifat *irreversible* dan tidak ada efek preventif yang cukup dari program layanan kesehatan.[161]

10. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang dilakukan untuk mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa[162] melalui identifikasi dini,

158 Rini Pratiwi & Ririn Mutmainnah, "Gambaran Keparahan Karies Pada Anak Usia 6,9 dan 12 tahun di Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan menggunakan indeks PUFA/pufa", *Dentofasial*, Vol. 12, No. 2 Juni 2013, hlm 76

159 Kementerian Kesehatan RI, *Program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012, hlm 8)

160 *Ibid*. hlm 9

161 Ch. M. Kristanti & Dwi Hapsari, "Kesenjangan Antara Kebutuhan dan Kemampuan untuk Mendapatkan Perawatan Gigi, Riskesdas 2007", *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 9 No. 1, Maret 2010, hlm 1161

162 Komite Penanggulangan Kanker Nasional Periode (KPKN) 2014-2019, *Pedoman Strategi & Langkah Aksi Pengembangan Perawatan Paliatif*, (Jakarta: Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014-2019, 2019, hlm 1)

penilaian, serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual.[163] Perawatan paliatif terus berkembang dengan semakin banyaknya penelitian, penerbitan buku, serta pelatihan dan pendidikan formal di seluruh dunia.[164]

Perawatan paliatif di Indonesia dimulai di RS. Dr. Soetomo Surabaya pada 1990, dipelopori oleh Prof. dr. Karjadi Wirjoatmodjo yang terinspirasi dari kunjungannya ke pusat perawatan paliatif di AS. Kementerian Kesehatan RI juga mengeluarkan himbauan agar rumah sakit kanker memiliki tim perawatan paliatif, sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 604/ MENKES/SK/ IX/1989. Menanggapi hal ini, RS. Dr. Soetomo membentuk "Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri" yang dipimpin oleh Prof. Boediwarsono, dan kemudian oleh Prof. R. Sunaryadi Tejawinata pada tahun 1992, yang menjadikan mereka tim perawatan paliatif pertama di Indonesia.[165] Pada 19 Februari 1992, Poliklinik Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri dibuka, yang menawarkan layanan rawat jalan dan rawat inap bagi pasien dari berbagai sumber. Untuk memperkuat kolaborasi, pada tahun 1995, Prof. Sunaryadi bersama tim dari beberapa rumah sakit membentuk Forum Komunikasi Perawatan Paliatif Indonesia, yang menjadi cikal bakal Masyarakat Paliatif Indonesia. Prof. Sunaryadi diakui sebagai "Bapak Paliatif Indonesia" karena kontribusinya dalam pengembangan layanan paliatif di Indonesia.[166]

Perawatan paliatif makin dipromosikan di Indonesia, terutama pasca pendirian *Indonesian Palliative Society* (Masyarakat Paliatif Indonesia atau MPI), sebuah organisasi non-profit yang bertujuan untuk mempromosikan dan mengembangkan layanan perawatan paliatif di Indonesia pada 1999. Organisasi ini menjadi motor penggerak dalam upaya memperkenalkan dan mengembangkan konsep perawatan paliatif di kalangan profesional kesehatan dan masyarakat umum. Perkembangan berikutnya terjadi pada tahun 2006, ketika sebuah organisasi nirlaba mendirikan *"Rumah Rachel"* di



Gambar 2. Logo Rachel House. Sumber: https://rachel-house.org/id/beranda/

163 Lampiran I Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif

164 Dicky Firmana & Heni Nur Anina, *Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker*, (Jakarta: Salemba Medika, 2024, hlm 3)

165 *Ibid*. hlm 4

166 *Ibid*.

Jakarta. Fasilitas ini merupakan pelopor perawatan paliatif di Indonesia yang berfokus pada anak-anak penderita kanker dan HIV/AIDS, mengisi kekosongan dalam pelayanan untuk kelompok pasien yang sangat rentan ini.[167]

Momentum penting terjadi pada tahun 2007 ketika Menteri Kesehatan Indonesia mengeluarkan Peraturan No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Perawatan Paliatif[168] yang muncul sebagai respons terhadap peningkatan jumlah pasien dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Dalam konteks ini, pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan pasien, terutama bagi mereka yang berada pada stadium lanjut. Tujuan dari kebijakan ini adalah untuk memastikan bahwa perawatan paliatif dilaksanakan dengan standar mutu yang tinggi di seluruh Indonesia. Hal ini mencakup penyusunan pedoman pelaksanaan, penyediaan tenaga medis dan nonmedis yang terlatih, serta sarana dan prasarana yang memadai. Sasaran dari kebijakan ini meliputi semua pasien yang membutuhkan perawatan paliatif, keluarganya, serta institusi terkait seperti Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan lainnya.

Dengan demikian, diharapkan perawatan paliatif dapat diakses secara luas dan memberikan manfaat maksimal bagi pasien dan keluarganya di seluruh Indonesia.[169] Kebijakan tersebut menunjukkan pengakuan pemerintah terhadap pentingnya perawatan paliatif dan menunjuk lima provinsi (Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, dan Makassar) untuk menyelenggarakan layanan ini. Pada tahun yang sama, di bawah bimbingan tim paliatif RS Dr. Sutomo, layanan paliatif tingkat puskesmas pertama kali dibuka di Puskesmas Balongsari Surabaya, menandai upaya integrasi perawatan paliatif ke dalam layanan kesehatan primer. Perkembangan berlanjut pada tahun 2008, ketika puskesmas tersebut mengadakan pelatihan perawatan paliatif untuk relawan dengan dukungan dari pemerintah kota Surabaya.[170] Ini menunjukkan upaya memperluas basis pengetahuan dan keterampilan dalam perawatan paliatif di tingkat komunitas. Selama periode ini, minat tenaga kesehatan terhadap perawatan paliatif

167 *Rachel House*/Yayasan Rumah Rachel didirikan pada tahun 2006 di Jakarta sebagai organisasi yang menyediakan asuhan medis spesialis (disebut asuhan paliatif) untuk anak dari keluarga prasejahtera yang hidup dengan penyakit serius seperti kanker dan HIV AIDS. Organisasi ini mempelopori layanan perawatan paliatif untuk anak-anak dengan fokus memberikan perawatan medis khusus bagi anak-anak dari keluarga prasejahtera yang hidup dengan menderita penyakit kanker dan HIV/AIDS. Organisasi ini muncul sebagai respons terhadap kebutuhan mendesak akan perawatan paliatif di Indonesia, terutama bagi anak-anak yang sering tidak mendapat dukungan medis yang memadai. baca selengkapnya di https://rachel-house.org/id/tentang-kami/

168 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007.

169 Dicky Firmana & Heni Nur Anina, *Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker*, (Jakarta: Salemba Medika, 2024, hlm 5)

170 *Ibid*.

semakin meningkat. Seminar dan workshop bertema perawatan paliatif mulai diselenggarakan secara rutin di berbagai kota seperti Yogyakarta, Bandung, dan kota-kota lainnya, menunjukkan meningkatnya kesadaran dan kebutuhan akan pendidikan dalam bidang ini.

Walau terjadi perkembangan positif, kemajuan perawatan paliatif di Indonesia masih terbilang lambat dan bervariasi di berbagai daerah. Layanan perawatan paliatif sebagian besar hanya tersedia di kota-kota besar tempat fasilitas pengobatan kanker berada. Tantangan utama dalam pengembangan perawatan paliatif di Indonesia selama periode ini meliputi kebijakan pemerintah yang belum sepenuhnya terimplementasi akibat kurangnya pedoman dan standar perawatan paliatif, sistem rujukan yang tepat, dan pendanaan yang memadai. Tantangan lainnya meliputi kurangnya pendidikan perawatan paliatif dalam kurikulum medis, sikap tenaga kesehatan yang masih menganggap perawatan paliatif sebagai pilihan terakhir, serta kondisi sosial dan budaya yang mempengaruhi penerimaan konsep perawatan paliatif di masyarakat.

Meskipun menghadapi berbagai tantangan, periode 1999-2009 menandai awal yang penting dalam perkembangan perawatan paliatif di Indonesia, dengan terbentuknya landasan kebijakan, fasilitas pelopor, dan meningkatnya kesadaran di kalangan profesional kesehatan. Namun, masih diperlukan upaya yang lebih besar untuk mengembangkan layanan perawatan paliatif yang komprehensif dan merata di seluruh Indonesia.[171]

11. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Sejak tahun 1999, pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia mengalami perkembangan signifikan, ditandai dengan peningkatan penggunaan dan regulasi yang lebih komprehensif. Data Susenas 2001 mengungkapkan disparitas penggunaan layanan ini antar kelompok ekonomi, dengan kelompok ekonomi bawah yang lebih banyak memanfaatkannya dibandingkan kelompok ekonomi atas. Fenomena ini mencerminkan realitas sosio-ekonomi Indonesia, dimana pengobatan tradisional menjadi alternatif yang terjangkau bagi masyarakat yang memiliki keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan modern. Meskipun menghadapi tantangan seperti standarisasi dan integrasi dengan sistem kesehatan konvensional, pengobatan tradisional tetap memegang peranan penting dalam lanskap kesehatan nasional, terutama sebagai jaring pengaman kesehatan bagi kelompok masyarakat kurang beruntung secara ekonomi.[172]

171 https://ehospice.com/international_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/

172 Survey Kesehatan Nasional 2001: Laporan Data Susenas 2001, diakses melalui: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4738/1/lp_susenas.pdf pada 30 Oktober 2024

Pada tahun 2003, pemerintah Indonesia mulai memberikan perhatian lebih serius terhadap sektor ini dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 yang mengatur tentang penyelenggaraan pengobatan tradisional di Indonesia dengan tujuan untuk membina pengobatan tradisional, melindungi masyarakat, dan menginventarisasi jenis pengobatan tradisional.[173] Pengobat tradisional diklasifikasikan berdasarkan keterampilan, ramuan, pendekatan agama, dan supranatural, serta wajib terdaftar pada Dinas Kesehatan setempat untuk mendapatkan Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (STPT), dengan persetujuan dari instansi terkait bagi metode agama dan supranatural. Praktik tradisional diizinkan jika memenuhi persyaratan keamanan, manfaat, serta tidak melanggar etika atau norma sosial. Pengobatan tradisional dapat menggunakan dan meresepkan obat tradisional terdaftar, namun dilarang meracik atau menggunakan obat modern, narkotika, dan psikotropika. Mereka wajib mencatat status pasien, melaporkan aktivitas rutin, dan merujuk pasien ke pelayanan medis saat dibutuhkan. Pengobatan tradisional dilarang berpromosi secara berlebihan atau menyebarkan informasi menyesatkan.

Momentum penting terjadi pada tahun 2008 ketika WHO menyelenggarakan Kongres Pengobatan Tradisional, yang kemudian diikuti oleh resolusi WHA pada tahun 2009. Kedua peristiwa ini mendorong negara-negara, termasuk Indonesia, untuk mengembangkan pelayanan kesehatan tradisional sesuai dengan kondisi lokal masing-masing.[174] Puncak perkembangan regulasi pengobatan tradisional terjadi pada tahun 2009 bersamaan dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang memberikan kerangka regulasi komprehensif untuk pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia. Undang-undang ini mendefinisikan pelayanan kesehatan tradisional sebagai pengobatan atau perawatan berbasis keterampilan dan ramuan empiris turun-temurun yang selaras dengan norma masyarakat.[175] Pelayanan ini dibagi menjadi dua kategori: berbasis keterampilan dan berbasis ramuan. Pemerintah diberi mandat untuk membina dan mengawasi praktik-praktik ini, memastikan manfaat dan keamanannya, serta kesesuaiannya dengan norma agama dan budaya. Penggunaan alat dan teknologi dalam pelayanan tradisional memerlukan izin dari lembaga kesehatan berwenang. Undang-undang ini juga mengakui hak masyarakat untuk mengembangkan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan

173 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional

174 Diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/mengenal-pelayanan-kesehatan-tradisional-di-indonesia pada 30 Oktober 2024.

175 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

tradisional yang aman, dengan pengaturan dan pengawasan pemerintah untuk menjamin keamanan dan perlindungan publik. Dengan demikian, undang-undang ini menyeimbangkan pengakuan terhadap praktik kesehatan tradisional dengan kebutuhan regulasi untuk melindungi kepentingan masyarakat.

Kementerian Kesehatan membangun kebijakan pembinaan melalui tiga pilar: regulasi, kemitraan dengan asosiasi pengobat tradisional, dan pendirian Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional (P3T) di 11 provinsi untuk memastikan keamanan dan manfaatnya. Berbagai asosiasi pengobat tradisional, seperti akupunktur dan terapi herbal, juga terlibat dalam pembinaan, sementara pengawasan ketat dilakukan untuk pengobat lokal dan asing. Pemerintah mewajibkan pengobat tradisional memiliki izin (SIPT/STPT) dari Dinas Kesehatan setempat, dan hanya pengobat dengan metode akupuntur yang telah bersertifikasi kompetensi yang mendapatkan SIPT.[176] Selain itu, Kementerian Kesehatan juga mendukung pertanian tanaman obat tradisional. Terkait hal ini, Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari mendukung masyarakat untuk menanam tanaman obat tradisional, sehingga mendukung produksi obat tradisional di Indonesia.[177] Balai Besar Litbang Tanaman Obat dan Obat Tradisional juga membuat semacam laboratorium obat tradisional, dengan memanfaatkan lahan pertanian tanaman obat di lereng Gunung Lawu.[178] Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah memiliki komitmen kuat untuk mendorong produksi dan konsumsi obat-obatan tradisional.

12. Perkembangan *Medical Tourism* dan *Medical Wellness*

Memasuki periode reformasi, di Indonesia mulai muncul kesadaran akan potensi besar di sektor kesehatan yang tidak hanya terbatas pada pelayanan medis konvensional, tetapi juga meluas ke bidang *wellness* yang memadukan pengobatan tradisional dengan konsep pariwisata. Periode 1999-2009 menjadi babak penting dalam perjalanan awal ini, ketika pemerintah dan pelaku industri mulai memperkenalkan konsep *medical wellness* dan *medical tourism* sebagai bagian dari strategi ekonomi dan pengembangan wilayah. Proses ini tidak lepas dari dukungan regulasi, potensi budaya, serta tren global yang kian mendorong Indonesia untuk tampil di panggung wisata medis internasional. Mengacu pada perkembangan ini, pemerintah Indonesia melihat potensi besar dari pengobatan tradisional yang dimiliki, terutama jamu, sebagai daya tarik unik bagi wisatawan internasional yang mencari pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan.

176 Diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/mengenal-pelayanan-kesehatan-tradisional-di-indonesia pada 30 Oktober 2024.
177 *Detik News*, 9 Maret 2009.
178 *Ibid*.

Pengobatan tradisional dengan bahan herbal dan metode terapi asli Indonesia, seperti jamu, yoga, dan spa tradisional, menjadi daya tarik awal yang dapat diperkenalkan ke pasar internasional.

UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah menyediakan kerangka hukum yang mendukung pengembangan *medical tourism*. UU ini memberikan kewenangan kepada daerah untuk mengelola dan mengembangkan sumber daya lokal di bidang kesehatan dan pariwisata, dengan tetap memperhatikan kelestarian lingkungan.[179] Hal ini membuka peluang bagi daerah untuk mengembangkan fasilitas kesehatan yang terintegrasi dengan sektor pariwisata, menciptakan paket wisata kesehatan yang menarik, serta mendorong koordinasi antar wilayah melalui peran Pemerintah Daerah Provinsi. Perkembangan *medical tourism* pertama kali dikembangkan di Bali yang ditandai dengan penunjukkan beberapa RS termasuk RSUP Sanglah, *Bali International Medical Centre* (BIMC), dan Bali Royal Hospital.[180]

Secara global, fenomena *medical tourism* mulai berkembang pesat pada awal 2000-an. Negara-negara di Asia, seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia, mulai dikenal sebagai tujuan utama wisata medis. Pada tahun 2006, sekitar 150.000 warga Amerika Selatan bepergian ke Asia dan Amerika Latin untuk perawatan medis, khususnya bedah kosmetik dan kedokteran gigi. Ini menandakan adanya peluang besar bagi Indonesia untuk mengembangkan sektor ini.[181]

Meskipun potensinya besar, pengembangan *medical tourism* di Indonesia pada periode ini mengalami sejumlah kegagalan signifikan. Salah satu faktor utama adalah infrastruktur yang kurang memadai. Transportasi yang terbatas, aksesibilitas fasilitas kesehatan yang belum mencapai standar internasional, serta kurangnya fasilitas kesehatan canggih menjadi hambatan besar; ditambah dengan persepsi internasional terhadap standar higiene dan keamanan di Indonesia. Wisatawan medis cenderung memilih negara dengan reputasi yang lebih kuat dalam hal kualitas pelayanan kesehatan dan keamanan, yang pada saat itu belum dimiliki oleh Indonesia.[182] Persaingan dengan negara-negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura semakin memperparah situasi ini. Kedua negara tersebut memiliki fasilitas kesehatan yang lebih maju dan tarif

179 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah.

180 Menengok Medical Tourism Indonesia. 2020. Diakses. https://www.theindonesianinstitute.com/menengok-medical-tourism-indonesia/

181 Maria Chrisma Pramana. Analisis Regulasi Terhadap Pengembangan Industri Medical Tourism di Indonesia. 2024. Diakses : https://ejournal.appihi.or.id/index.php/Federalisme/article/download/13/78/287.

182 drg. Puti Aulia Rahma, MPH. 2012. Fenomena Medical Tourism dan Potensi Indonesia Menjadi Negara Tujuan Medical Tourism. Diakses: https://mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/19-headline/150

yang kompetitif, sehingga menjadi pilihan utama bagi wisatawan medis dari berbagai belahan dunia. Upaya Indonesia untuk bersaing di sektor ini pada akhirnya terhambat oleh ketidakmampuan untuk mengatasi perbedaan dalam infrastruktur, kualitas layanan, dan citra internasional.

Pada akhir periode 2000-an, pemerintah Indonesia mulai menunjukkan perhatian lebih besar terhadap potensi *medical tourism*. Kolaborasi antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif untuk mengembangkan konsep "*Healthy Medical Tourism*" mulai dirintis. Beberapa wilayah seperti Bali dan Solo dipilih sebagai fokus utama karena potensi besar dalam hal pariwisata dan akses ke fasilitas kesehatan. Selain itu, pemerintah membentuk inisiatif *Indonesia Wellness and Healthcare Tourism* (IWHT) sebagai komitmen untuk memperkenalkan Indonesia ke pasar *medical tourism* internasional.[183]

Namun, hingga 2009, kebijakan dan strategi konkret masih minim. Langkah-langkah yang diambil terkesan lambat dan belum memiliki dampak signifikan terhadap sektor ini. Meskipun ada niat baik dari pemerintah dan pemangku kepentingan, upaya untuk mengintegrasikan sektor kesehatan dan pariwisata masih bersifat sporadis, tanpa visi jangka panjang yang jelas.

13. Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan kondisi pada tubuh manusia yang timbul akibat kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. Jenis utama PTM adalah penyakit kardiovaskular (seperti serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronik (seperti penyakit paru obstruktif kronik dan asma) dan diabetes. Seringkali, PTM dialami oleh individu yang kurang menjaga kesehatan dengan baik atau tidak memiliki pola hidup sehat yang teratur.[184] Pada dekade 1998-2009, terjadi perubahan signifikan dalam strategi kesehatan nasional dengan pergeseran fokus utama dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular sebagai respons terhadap meningkatnya prevalensi penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan kanker. Meskipun prioritas pengendalian PTM berkembang secara bertahap, beberapa kebijakan penting yang diterapkan selama periode ini telah memberikan fondasi kuat untuk upaya pengendalian PTM di masa depan.

Data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 menunjukkan bahwa 27% laki-laki dan 29% wanita di atas 25 tahun mengidap hipertensi,

183 Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik. 2012. Diakses : sehatnegeriku.kemkes.go.id, pada 14 November 2024.

184 diakses melalui https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases, pada 15 November 2024

dengan prevalensi penyakit jantung iskemik, stroke, dan diabetes masing-masing sebesar 0,3%, 0,3%, dan 1,2%. Selain itu, obesitas tercatat pada 1,3% laki-laki dan 4,6% wanita, sementara hanya 14,3% dari populasi ini yang rutin berolahraga. Tingkat merokok di kalangan pria berusia 25-65 tahun mencapai 54,5%, sedangkan wanita hanya 1,2%. Proporsi kematian akibat PTM meningkat dari 25,41% pada tahun 1980 menjadi 48,53% pada tahun 2001. Kasus kematian akibat penyakit kardiovaskuler juga meningkat signifikan, dengan penyakit jantung iskemik naik dari 2,5% (1980) menjadi 14,9% (2001) dan stroke dari 5,5% (1986) menjadi 11,5% (2001). Kematian akibat kanker naik menjadi 6% pada tahun 2001. WHO memperkirakan PTM bertanggung jawab atas sekitar 60% kematian dan 43% beban penyakit global.[185]

Penyakit Tidak Menular (PTM) dapat dicegah jika faktor risikonya dikelola dengan baik. Kegagalan dalam program pencegahan akan berdampak negatif pada perawatan pasien PTM. Upaya pencegahan melibatkan individu dan petugas kesehatan secara mandiri, dengan tantangan utama yang dihadapi pada saat ini. Oleh karena itu, mengembangkan sistem pelayanan yang mendukung pemeliharaan kesehatan ini memerlukan redefinisi peran fasilitas kesehatan untuk menghubungkan pelayanan medis dengan pendekatan promosi dan pencegahan.[186]

a. Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan

Kesadaran akan bahaya rokok bagi kesehatan makin meningkat pada periode ini. Terlebih, pada 2001, sekitar 700 juta anak di Indonesia tinggal bersama orang tua perokok, yang meningkatkan potensi munculnya penyakit tidak menular akibat rokok.[187] Saat itu, pemerintah masih bertumpu pada Peraturan Pemerintah No. 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, yang menjadi tonggak awal untuk membatasi promosi dan iklan rokok serta mempromosikan kawasan tanpa rokok. Selain itu, meski Indonesia belum meratifikasi secara penuh Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau (FCTC), kebijakan terkait pengendalian tembakau semakin diperkuat melalui berbagai program dan kampanye untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang bahaya rokok bagi kesehatan. Namun, belum ada dampak yang signifikan dari implementasi PP tersebut.

Regulasi ini kemudian dicabut dengan terbitnya Peraturan Pemerintah No.

185 Irwan, *Buku Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*, diakses melalui https://repository.ung.ac.id/karyailmiah/show/1783/irwan-buku-epidemiologi-penyakit-tidak-menular.html, pada 13 November 2024

186 *Ibid*.

187 *Waspada*, 26 Mei 2001.

19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan[188] yang mengatur berbagai aspek penting terkait rokok, termasuk kandungan nikotin dan tar, persyaratan produksi dan penjualan, ketentuan iklan dan promosi, serta penetapan kawasan tanpa rokok. Salah satu komponen kunci dari peraturan ini adalah kewajiban mencantumkan peringatan kesehatan pada kemasan rokok, seperti yang diatur dalam Pasal 8, yang menyatakan bahwa setiap kemasan harus mencantumkan peringatan *"merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin".* Langkah ini bertujuan untuk mengedukasi masyarakat tentang bahaya merokok dan merupakan bagian dari strategi komprehensif untuk melindungi kesehatan masyarakat dari dampak negatif rokok, membudayakan hidup sehat, menekan jumlah perokok pemula, dan melindungi perokok pasif. Dengan demikian, PP ini mencerminkan komitmen pemerintah dalam meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan keterpaduan upaya penanggulangan bahaya merokok, yang pada akhirnya diharapkan dapat berkontribusi pada pengendalian penyakit tidak menular di Indonesia.

b. Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan

Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan merupakan instrumen hukum yang bertujuan melindungi kesehatan masyarakat dari risiko penyakit yang berkaitan dengan konsumsi pangan.[189] Regulasi ini mengatur beberapa aspek krusial dalam upaya pencegahan penyakit tidak menular yang terkait dengan pola makan dan kualitas pangan. Peraturan ini menetapkan standar keamanan pangan yang ketat, termasuk pembatasan penggunaan bahan tambahan pangan, untuk meminimalisasi konsumsi zat-zat berbahaya yang berpotensi meningkatkan risiko penyakit. Kedua, peraturan ini menekankan pentingnya penerapan sanitasi yang baik di seluruh rantai pangan, mulai dari produksi hingga distribusi, guna mencegah kontaminasi dan penyebaran penyakit. Selain itu, PP ini juga mengatur sistem pengawasan berlapis untuk memastikan pangan yang beredar di masyarakat aman dan berkualitas. Hal ini secara langsung mendukung upaya pencegahan penyakit tidak menular. Lebih jauh lagi, melalui ketentuan pelabelan dan dorongan partisipasi masyarakat, peraturan ini secara tidak langsung berkontribusi pada edukasi masyarakat tentang pangan sehat, yang merupakan komponen penting dalam pencegahan penyakit tidak menular. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 ini menjadi landasan hukum yang komprehensif dalam upaya

188 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.
189 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan.

meningkatkan kualitas pangan dan kesehatan masyarakat Indonesia, sekaligus berperan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular.

Pada tahun 2009, pemerintah menerbitkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Salah satu aspek yang diatur dalam undang-undang ini adalah mengatur langkah komprehensif untuk mengatasi penyakit tidak menular di Indonesia dengan melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam empat aspek utama: pencegahan, pengendalian, penanganan, serta peningkatan kesadaran.[190] Pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif diterapkan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang gaya hidup sehat, mencegah penyakit, mengobati, dan memulihkan individu yang terpengaruh, dengan tujuan utama untuk meminimalisir timbulnya penyakit tidak menular dan dampaknya.

Kebijakan lain yang sangat penting pada periode ini adalah penguatan pelayanan kesehatan primer, di mana upaya pencegahan dan deteksi dini PTM mulai diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan dasar di tingkat puskesmas. Pengembangan Pos Pembinaan Terpadu PTM (Posbindu PTM) yang dimulai pada pertengahan 2000-an menjadi salah satu inovasi dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam deteksi dini PTM. Posbindu memungkinkan masyarakat untuk melakukan pemantauan rutin terhadap faktor risiko seperti tekanan darah, obesitas, dan kadar gula darah, dengan dukungan tenaga kesehatan. Ini merupakan langkah awal dalam memperluas akses masyarakat terhadap layanan pencegahan yang komprehensif, khususnya di daerah-daerah terpencil.

Secara keseluruhan, kebijakan-kebijakan ini menjadi dasar penting bagi pengelolaan penyakit tidak menular di tahun-tahun berikutnya. Dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat dan kemampuan untuk mendeteksi dini penyakit, Indonesia bergerak menuju sistem kesehatan yang lebih proaktif dalam pencegahan dan pengendalian PTM. Keberhasilan kebijakan tersebut di masa depan akan bergantung pada keberlanjutan upaya ini, termasuk dalam memperkuat kerjasama lintas sektor, meningkatkan akses layanan kesehatan, serta terus mempromosikan gaya hidup sehat kepada masyarakat luas.

14. Pencegahan dan Pengendalian Angka Kematian Ibu dan Anak

Jika dibandingkan dengan awal tahun 1990-an, terdapat perbaikan pada Angka Kematian Ibu (AKI) dan anak pada tahun 1999. Angka Kematian Bayi menurun dari 55 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1995 menjadi 46 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1999 sementara Angka Kematian Balita menurun dari 75 per

190 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

1000 kelahiran hidup pada tahun 1995 menjadi 59 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1999. Berdasarkan data Bappenas 2009, Angka Kematian Ibu juga mengalami penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992 menjadi 334 pada tahun 1995 dan 307 pada tahun 2000. Umur harapan hidup (UHH) masyarakat pun meningkat dari 61,5 tahun pada tahun 1990 menjadi 63,5 tahun pada tahun 1995 dan meningkat ke 65,5 tahun pada tahun 1999.[191]

Untuk jangka menengah dan panjang, fokus utama kebijakan diarahkan pada penyempurnaan program jaminan kesehatan untuk menurunkan AKI dan kematian anak. Sebagai bagian dari upaya ini, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) diperkenalkan sebagai alat untuk memperoleh data kesehatan yang lebih akurat, termasuk informasi terkait AKI dan kematian anak, sebab sebelumnya, data yang ada dinilai tidak memadai sehingga menyulitkan pengambilan kebijakan kesehatan yang lebih spesifik. Selain itu, riset kesehatan daerah juga dilakukan untuk memberikan gambaran yang lebih mendetail mengenai kondisi kesehatan masyarakat di berbagai wilayah Indonesia. Pada periode tahun 2000-an pemerintah Indonesia mencanangkan "*Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau Making Pregnancy Safer (MPS)*"[192] sebagai strategi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat tahun 2010. Program ini berfokus pada pengendalian AKI dan bayi baru lahir melalui penguatan sistem kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi.[193]

Pada tahun 2009, Pemerintah Indonesia telah menetapkan UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan universal bagi setiap masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi. Undang-undang ini merupakan kebijakan kesehatan yang komprehensif untuk menurunkan angka kematian sebagai bagian dari upaya mewujudkan pertumbuhan penduduk yang seimbang dan berkualitas. Pada tahun ini pula UU No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga ditetapkan dan

191 Kementerian Kesehatan RI, *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia 1973-2009*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2009), hlm. 302.

192 Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman, atau *Making Pregnancy Safer* (MPS), adalah inisiatif kesehatan yang diluncurkan oleh pemerintah Indonesia pada tahun 2000, bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Adapun beberapa kegiatan yang hampir serupa dengan MPS pada tahun sebelumnya sebagai upaya pemerintah untuk meningkatkan maternal seperti: (1) Program Penempatan Bidang di Desa pada 1989/1990an, (2) Gerakan Sayang Ibu (1996) dan Gerakan Reproduksi Keluarga Sehat, serta (3) Meningkatkan koordinasi lintas sektor terkait, baca lengkapnya di Modul Dasar-dasar Kesehatan Reproduksi dapat diakses melalui https://ejurnal.stikeseub.ac.id/index.php/jkeb/article/view/319

193 Rahmah Hida Nurrizka, *Policy Update Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia* (Jakarta: Prakarsa, 2013).

menjadi kerangka hukum penting dalam upaya pengendalian AKI, AKB dan AKA di Indonesia. Tujuan utama pada strategi keluarga berencana adalah mengatur kehamilan yang diinginkan, meningkatkan kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak, memperluas akses serta meningkatkan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan layanan terkait keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Selain itu, kebijakan ini juga bertujuan untuk meningkatkan partisipasi pria dalam praktik keluarga berencana dan mempromosikan penyusuan bayi sebagai metode alami untuk menjarangkan kehamilan. Dengan pendekatan yang holistik, harapannya dapat meningkatkan kesehatan reproduksi dan menurunkan angka kematian, sekaligus memastikan pertumbuhan populasi yang berkelanjutan dan berkualitas. Meski demikian, implementasi UU ini masih menghadapi berbagai tantangan dan memerlukan upaya berkelanjutan melalui kerjasama antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dengan menerapkan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

15. Gizi Buruk dan Stunting

Penerapan sistem desentralisasi di Indonesia dimulai dengan diberlakukannya Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang otonomi daerah, yang kemudian dicabut dengan Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah. Kebijakan ini menandai dimulainya era pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, termasuk dalam penanganan masalah gizi dan stunting, untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Hal ini membuka peluang bagi daerah untuk mengembangkan berbagai inovasi dan program pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Meskipun demikian, implementasi kebijakan desentralisasi dalam penanganan masalah gizi dan stunting masih menghadapi berbagai tantangan di tingkat daerah.

Salah satu isu utama adalah kesenjangan penanganan masalah gizi dan stunting antar wilayah, baik antar provinsi, kabupaten/kota, maupun antar kelompok sosial ekonomi yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun desentralisasi memberi kewenangan lebih besar kepada daerah, masih diperlukan upaya untuk mengatasi disparitas dalam implementasi kebijakan dan program penanggulangan stunting di berbagai wilayah di Indonesia.[194]

Kasus gizi buruk pada dasarnya memang bukan masalah baru di Indonesia. Pada awal 2000an, tingginya kasus gizi buruk mendorong Departemen Kesehatan

194 Laksono Trisnantoro dan Sitti Noor Zaenab, *Analisis Konteks Kebijakan*, diakses melalui: https://kebijakankesehatanindonesia.net/19-policy-brief/policy-brief?start=3, pada 18 Agustus 2024 pukul 13.30.

untuk melakukan berbagai intervensi dalam rangka meningkatkan dan menjaga gizi balita, salah satunya dengan menggalakkan Gerakan Kembali ke ASI, yang diluncurkan oleh Menteri Kesehatan Achmad Sujudi pada 2004.[195] Gerakan tersebut bertujuan untuk mendorong pemberian ASI eksklusif pada bayi, alih-alih susu formula, untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan gizi bayi. Departemen Kesehatan juga mempromosikan pemberian makanan bergizi dan aspek lainnya untuk mencegah gizi buruk pada balita. Namun sayangnya, kasus gizi buruk terus terjadi.

Pada tahun 2007, Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya melaporkan 39.080 kasus gizi buruk pada balita yang ditemukan dan ditangani. Kasus gizi buruk pada tahun 2007 sudah jauh menurun apabila dibandingkan dengan tahun sebelumnya., dimana pada tahun 2006 saja, dilaporkan 50.106 kasus dan tahun 2005 ditemukan 76.178 kasus gizi buruk. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Tahun 2005 - 2025 menjadi landasan hukum pembangunan nasional Indonesia termasuk bagaimana upaya perbaikan status gizi masyarakat dan penanganan stunting dengan menetapkan arah pembangunan jangka panjang di bidang kesehatan dan gizi masyarakat. UU ini menetapkan bahwa pembangunan pangan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor, artinya, penanganan masalah gizi dan stunting memerlukan kerjasama dan koordinasi berbagai sektor, tidak hanya sektor kesehatan.[196]

Berdasarkan bahan materi rapat Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari dengan Presiden tentang Masalah Gizi Buruk yang disampaikan pada 7 April 2008, gizi buruk pada balita dideskripsikan sebagai keadaan kekurangan energi dan protein yang ditandai dengan kondisi badan anak yang sangat kurus, artinya, berat badan anak tidak sesuai dengan tinggi badan. Gizi buruk juga bisa ditandai dengan gejala klinis marasmus/kwashiorkor. Gizi buruk pada balita tidak terjadi dalam waktu pendek, melainkan secara perlahan akibat kurangnya asupan gizi dan seringnya menderita infeksi penyakit. Penyebab langsung tadi dapat terjadi oleh karena: (1) kurangnya ketersediaan pangan pada tingkat rumah tangga, (2) pola asuh anak yang keliru, dan (3) buruknya kesehatan lingkungan dan rendahnya akses pelayanan kesehatan. Itu semua sebagai akibat dari masalah utama yang dihadapi bangsa ini, yaitu tingkat kemiskinan, tingkat pendidikan dan kesempatan kerja yang rendah.[197]

Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 menjadi landasan penting

195 *Suara Karya*, 25 Agustus 2004.

196 Ni Ketut Aryastami, "Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi Stunting di Indonesia", *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol. 45, No. 4, Desember 2017: 233 - 240.

197 Arsip Nasional Republik Indonesia. *Inventaris Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020*. No. 785. (Arsip belum diolah).

dalam upaya perbaikan gizi di Indonesia dengan tujuan meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 141. Strategi utama untuk mencapai tujuan tersebut mencakup perbaikan pola konsumsi makanan seimbang, peningkatan perilaku sadar gizi dan aktivitas fisik, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi, serta penguatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bersama-sama bertanggung jawab menjamin ketersediaan bahan makanan bergizi tinggi secara merata dan terjangkau, dengan fokus pada seluruh siklus kehidupan, terutama kelompok rawan seperti bayi, balita, remaja perempuan, serta ibu hamil dan menyusui. Pemerintah juga bertanggung jawab menetapkan standar gizi, memenuhi kecukupan gizi keluarga miskin dan situasi darurat, serta memberikan pendidikan dan informasi gizi yang benar untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi. Upaya perbaikan gizi ini dilakukan secara lintas sektor dan melibatkan kerjasama antar provinsi, antar kabupaten atau antar kota untuk menjamin tersedianya bahan makanan bergizi yang merata dan terjangkau sehingga mencapai status gizi yang baik bagi seluruh masyarakat.

16. Program Pengendalian Penyakit Menular

Pengendalian penyakit menular juga menjadi perhatian pemerintah pasca reformasi. Terlebih pada awal 2000an, prevalensi penyakit menular semakin meningkat. Menteri Kesehatan Achmad Sujudi menyebutkan bahwa prevalensi penyakit menular pada tahun 2003 mengalami peningkatan karena adanya penyakit endemik, sekaligus pengaruh kesehatan lingkungan yang buruk.[198] Karenanya, pemerintah memulai berbagai upaya intervensi untuk pencegahan dan penanganan penyakit menular. Kementerian Kesehatan secara terprogram mengadakan penyuluhan kesehatan terkait pencegahan penyakit menular, mendorong Dinas Kesehatan untuk mencermati program pemberantasan penyakit menular, hingga mendorong masyarakat untuk terlibat dalam upaya penyehatan lingkungan.[199]

Diterbitkannya UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagai perubahan atas UU Nomor 22 Tahun 1999 semakin memperkuat peran pemerintah daerah dalam penanganan masalah kesehatan, termasuk pengendalian dan pencegahan penyakit menular. Pemerintah daerah diberi tanggung jawab untuk melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif,

198 *Analisa*, 15 Juli 2023.
199 *Ibid*.

dan rehabilitatif. Hal ini mencakup penyelenggaraan surveilans epidemiologi, penyelidikan dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB), serta penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang diperlukan. Implementasi UU ini juga mendorong pemerintah daerah untuk membuat peraturan daerah yang lebih spesifik terkait penanggulangan penyakit menular, sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah masing-masing, misalnya, dalam program pemberantasan TBC secara nasional, daerah diharapkan untuk berperan. Namun, implementasi kebijakan ini, terutama di tingkat Kabupaten, dan Departemen Kesehatan pada masa itu, menghadapi tantangan besar dalam pelaksanaannya.[200] Berbagai tantangan ini terutama terkait dengan keterbatasan sumber daya, koordinasi antar daerah, dan pemerataan kualitas pelayanan kesehatan.[201]

Meskipun tidak secara langsung membahas pengendalian dan pencegahan penyakit menular, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran memberikan dukungan yang signifikan terhadap upaya tersebut. Pasal 39 dalam bagian kedua UU ini menetapkan bahwa praktik kedokteran mencakup berbagai aspek pelayanan kesehatan, termasuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Ruang lingkup ini secara implisit mencakup pengendalian dan pencegahan penyakit menular sebagai bagian integral dari upaya kesehatan yang komprehensif. Dengan demikian, UU ini memberikan landasan hukum yang mendukung peran dokter dalam upaya pengendalian dan pencegahan penyakit menular melalui praktik kedokteran yang holistik dan berorientasi pada kesehatan masyarakat.

Pada era Reformasi, Indonesia menghadapi serangkaian tantangan kesehatan masyarakat yang memicu terjadinya beberapa Kejadian Luar Biasa (KLB). Penurunan kondisi sanitasi akibat krisis ekonomi menyebabkan peningkatan kasus penyakit seperti kolera dan demam berdarah. Selain itu, munculnya wabah flu burung juga menjadi catatan penting dalam sejarah kesehatan Indonesia pada masa ini yang menuntut penguatan sistem surveilans. Menghadapi situasi ini, pemerintah Indonesia mengambil langkah-langkah untuk memperkuat sistem penanggulangan wabah penyakit. Beberapa kebijakan utama yang diimplementasikan antara lain:

a. Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)

Pada pada 26 Agustus 2004, pemerintah menetapkan Peraturan Menteri

200 Wawancara dengan Prof. dr. Umar Fahmi Ahmad, Ph.D., Dirjen PPM dan PL Kementerian Kesehatan RI Periode 2000-2005, pada 20 September 2024.

201 Hari Santoso, *Laporan Akhir Tim Analisis Dan Evaluasi Hukum Tentang Wabah Penyakit Menular* (Jakarta: Depkumham RI, 2005).

Kesehatan Nomor 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) yang bertujuan untuk meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan menghadapi KLB yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian massal. Peraturan ini mengatur penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini KLB melalui tiga komponen utama: identifikasi kasus berpotensi KLB, pemantauan wilayah setempat, dan penyelidikan dugaan KLB. Sistem ini memungkinkan deteksi dini, respon cepat, pemantauan berkelanjutan, dan koordinasi lintas sektor dalam menghadapi ancaman penyakit menular.

Dengan mewajibkan Unit Pelayanan Kesehatan untuk merekam dan memantau data epidemiologi, serta melakukan penyelidikan segera atas dugaan KLB, peraturan ini menjadi pondasi penting dalam upaya pencegahan penyebaran penyakit menular secara luas. Pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam rangka menjamin implementasi yang efektif di seluruh tingkat pemerintahan. Dengan demikian, peraturan ini menjadi instrumen kunci dalam memperkuat sistem kesehatan masyarakat Indonesia dalam menghadapi ancaman penyakit menular dan KLB.

b. Wabah dan Upaya Penanggulangannya

Pada periode tahun 2008, pemerintah menetapkan 17 jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 2 Tahun 2008 tentang Jenis Penyakit yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya yaitu kolera, pes, demam berdarah dengue, campak, polio, difteri, pertusis, dan rabies. Penetapan ini menjadi dasar bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian yang tepat sasaran.[202]

Selain itu, PP No. 2 Tahun 2008 juga mengatur kriteria penetapan KLB dan langkah-langkah penanggulangannya. Suatu daerah dapat dinyatakan dalam keadaan KLB apabila terjadi peningkatan jumlah kasus atau kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu dan daerah tertentu. Dalam hal ini, pemerintah daerah memiliki peran penting dalam melakukan upaya penanggulangan dini dan melaporkan kejadian penyakit menular. Sistem pelaporan yang diatur dalam PP ini bersifat berjenjang, mulai dari tingkat desa/kelurahan hingga ke tingkat pusat, untuk memastikan penanganan yang cepat dan efektif. Upaya penanggulangan KLB/wabah yang diatur dalam PP No. 2 Tahun 2008 meliputi penyelidikan epidemiologis, penatalaksanaan penderita,

202 Peraturan Pemerintah (PP) No. 2 Tahun 2008.

pencegahan dan pengebalan, pemusnahan penyebab penyakit, serta penyuluhan kepada masyarakat. Untuk mendukung upaya ini, peraturan tersebut mengatur pembentukan Tim Gerak Cepat di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota yang bertugas melakukan investigasi dan penanggulangan KLB/wabah secara cepat dan terkoordinasi. PP No. 2 Tahun 2008 juga menekankan pentingnya penyediaan sumber daya dalam penanggulangan KLB/wabah. Pemerintah dan pemerintah daerah diwajibkan untuk menyediakan pendanaan, tenaga ahli, dan perbekalan kesehatan yang diperlukan. Selain itu, untuk memastikan efektivitas dan efisiensi, peraturan ini mengatur pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap upaya penanggulangan KLB/wabah oleh pemerintah pusat dan daerah.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi landasan hukum yang komprehensif dalam upaya pengendalian dan pencegahan penyakit menular di Indonesia dengan pendekatan terpadu yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Secara khusus, Pasal 152 mengatur tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular. UU ini juga mengatur tentang surveilans penyakit menular, karantina, dan imunisasi sebagai bagian dari strategi pengendalian. Pemerintah diberikan wewenang untuk melakukan kerjasama lintas sektor dan internasional dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Dengan cakupan yang luas, mulai dari pencegahan hingga penanganan, UU No. 36 Tahun 2009 memberikan kerangka hukum yang menyeluruh untuk melindungi masyarakat dari penyakit menular, menurunkan angka kesakitan dan kematian, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi yang ditimbulkannya.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya kemudian ditetapkan untuk melaksanakan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Peraturan ini mengatur jenis-jenis penyakit menular yang berpotensi menimbulkan wabah, tata cara pelaporan, dan upaya penanggulangannya, termasuk surveilans, penyelidikan epidemiologi, penanganan penderita, pencegahan dan pengebalan, serta penyuluhan kepada masyarakat. Dengan adanya peraturan ini, pemerintah pusat dan daerah memiliki pedoman yang jelas dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian penyakit menular secara terkoordinasi dan efektif, mulai dari deteksi dini hingga penanggulangan wabah, sehingga diharapkan dapat melindungi kesehatan masyarakat secara lebih optimal dari ancaman penyakit

menular.

c. Flu Burung (*Avian Influenza*)

Flu burung atau *Avian Influenza* (AI), yang disebabkan oleh virus influenza tipe A subtipe H5N1, pertama kali terdeteksi pada unggas di Korea Selatan pada Desember 2003 dan kemudian dilaporkan di Indonesia pertama kali pada Agustus 2003. Sejak saat itu, kasus ini semakin meningkat dan menyebabkan jutaan kematian unggas. Seiring dengan perkembangan kasusnya, penyakit ini dapat menyebar dari unggas ke manusia akibat adanya kemampuan virus untuk mengalami *reassortment* genetik sehingga penyakit ini tergolong penyakit zoonotik yang berpotensi menimbulkan dampak besar bagi kesehatan global. Pada akhir tahun 2005 kasus AI telah menyebar ke 23 provinsi di Indonesia dan mencakup 151 Kabupaten/Kota dengan jumlah kasus yang terkonfirmasi mencapai 11 kasus pada manusia dan 57 diantaranya meninggal dunia.[203] Wabah AI di Indonesia menyebabkan tujuh dari delapan kasus berakhir dengan kematian. Sampai dengan akhir Juli 2008, Indonesia tercatat sebagai negara dengan korban wabah AI tertinggi di dunia dengan korban berjumlah 112 orang. Dengan penduduk sekitar 225 juta orang, 31 dari 33 provinsi di Indonesia dan 293 dari 473 kabupaten/kota telah terjangkit virus AI H5N1 dengan serangan terberat di wilayah Jawa, menyusul Sumatera, Bali dan Sulawesi Selatan.[204] Pada saat itu, CNN International melaporkan dugaan penularan AI dari manusia ke manusia, yang membuat wilayah-wilayah tersebut diperlakukan dengan tingkat kewaspadaan tinggi.

Sebagai upaya penanggulangan terhadap wabah AI, Pemerintah Indonesia meluncurkan beberapa kebijakan nasional yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian terhadap wabah AI, diantaranya:

1) Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza

Sebagai upaya penanggulangan terhadap wabah AI, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia meluncurkan Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung *(Avian Influenza)* dan kesiapsiagaan menghadapi pandemi influenza tahun 2006 - 2008 dengan dua kerangka strategi utama yaitu pengendalian flu burung *(Avian Influenza Control)* dan persiapan dan kesiapsiagaan dalam menghadapi kemungkinan pandemi influenza. Tujuan utama strategi ini adalah mempertahankan daerah bebas AI, mengendalikan AI di daerah tertular,

203 Edi Basuno, "Review Dampak Wabah dan Kebijakan Pengendalian Avian Influenza di Indonesia", *Analisis Kebijakan Pertanian*, Volume 6 No. 4, Desember 2008 : 314 - 334

204 Krisnamurthi, B., "Mencari Jawaban yang Lebih Baik untuk Menangani Flu Burung". *Workshop sehari: Tantangan Penelitian Avian Influenza di Indonesia*, LIPI Jakarta, 4 September 2008.

menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat AI, mengurangi dampak sosial ekonomi, serta meningkatkan kontribusi Indonesia dalam memecahkan masalah AI secara global. Strategi ini menargetkan terlaksananya pencegahan dan pengendalian KLB/wabah pada manusia, termasuk mencegah penularan AI dari hewan ke manusia kesiapsiagaan menghadapi pandemi influenza pada akhir 2008. Strategi yang diterapkan meliputi pengendalian penyakit pada hewan, penatalaksanaan kasus pada manusia, perlindungan kelompok risiko tinggi, surveilans epidemiologi pada hewan dan manusia, restrukturisasi industri perunggasan, komunikasi risiko, edukasi, peningkatan kesadaran masyarakat, penguatan peraturan, peningkatan kapasitas, penelitian kaji tindak, serta monitoring dan evaluasi. Keberhasilan strategi ini sangat bergantung pada dukungan terhadap peraturan perundangan dan restrukturisasi sistem industri peternakan.

2) Pengendalian dan Pemusnahan Unggas

Peraturan Menteri Pertanian Nomor 50/Permentan/OT.140/10/06 tentang Pedoman Pemeliharaan Unggas di Pemukiman diterbitkan untuk mengatur pemeliharaan unggas di pemukiman dalam rangka mencegah dan menanggulangi penyebaran penyakit menular, khususnya *Avian Influenza (AI)*. Penyakit ini dinilai berbahaya bagi unggas dan manusia karena bersifat zoonosis. Oleh karena itu, peraturan ini mengatur langkah-langkah pengendalian melalui persyaratan pemeliharaan unggas, tindakan pencegahan apabila terjadi kasus AI, serta pembinaan dan pengawasan terhadap pemeliharaan unggas di pemukiman. Pemeliharaan unggas harus dilakukan terpisah dari pemukiman, unggas tidak boleh dibiarkan berkeliaran bebas, dan kebersihan kandang harus dijaga menggunakan desinfektan serta pakan tidak boleh mengundang burung liar. Apabila terjadi kasus AI, pemelihara wajib melaporkan kepada pihak berwenang dan melakukan pemusnahan unggas yang mati dengan cara membakar dan menguburnya, serta mendesinfeksi kandang dan peralatan terkait. Pengawasan dilakukan oleh dinas peternakan dan kesehatan hewan secara berkala setiap tiga bulan atau segera jika ada kasus AI, dengan pembinaan yang memastikan pemeliharaan mengikuti standar *biosecurity.*[205]

3) Vaksinasi Unggas

Penyakit AI pertama kali muncul di Indonesia pada Agustus 2003 dan menyebar ke 11 provinsi, termasuk di pulau Jawa dan Bali. Wabah ini berlangsung cukup lama, dari Agustus 2003 hingga Januari 2004, dengan jumlah kematian unggas

205 Peraturan Menteri Pertanian Nomor 50/Permentan/OT.140/10/2006.



Foto 2.7: Petugas memusnahkan hewan ternak babi di Tangerang, Banten, untuk mencegah meluasnya Flu Burung. Sumber: Harian Waspada, edisi 25 Juli 2005

mencapai 6-10 juta ekor, dan produksi telur serta daging menurun antara 30-40 persen.[206] Kebijakan vaksinasi unggas untuk pengendalian flu burung di Indonesia antara tahun 2003 hingga 2009 merupakan bagian integral dari strategi nasional dalam menghadapi wabah ini. Pelaksanaan vaksinasi hanya dilakukan di daerah yang tidak terjangkit dan dilakukan oleh peternak yang mengikuti pedoman teknis penggunaan vaksin. Vaksinasi dilaksanakan dengan menyuntikkan vaksin sebanyak 0,5 ml secara intramuskular pada unggas dewasa dan 0,2 ml secara subkutan pada unggas muda.[207]

Selanjutnya, dilaksanakan program evaluasi vaksin yang berfokus pada kombinasi tindakan *biosecurity* dan surveilans untuk mendeteksi perubahan virus.[208] Lebih rinci, strategi pengendalian AI diwujudkan pada tanggal 4 Februari 2004 dengan diterbitkannya Surat Keputusan Dirjen Peternakan No. 17/Kpts/PD.640/F/02.04 yang mencakup beberapa langkah penting: 1) Peningkatan *Biosecurity*, yaitu tindakan untuk mencegah penularan melalui pengawasan lalu lintas ternak dan dekontaminasi; 2) Program Vaksinasi, menggunakan vaksin konvensional atau rekombinan yang telah terdaftar untuk mengurangi

206 Edi Basuno, "Review Dampak Wabah dan Kebijakan Pengendalian Avian Influenza di Indonesia", *Analisis Kebijakan Pertanian*, Volume 6 No. 4 (2008), hlm. 317.

207 Dinas Perikanan dan Peternakan Pemerintah Kabupaten Banyumas, 2023, *Waspada Flu BUrung atau Avian Influenza (AI)*, diakses melalui: http://dinkannak.banyumaskab.go.id/news/45180/waspada-flu-burung-atau-avian-influenza-ai, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.45.

208 "Avian Influenza HPAI", diakses melalui: https://wiki.isikhnas.com/w/Avian_Influenza_HPAI, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.58.

jumlah unggas yang peka terhadap infeksi dan mengurangi penyebaran virus; 3) Depopulasi, yaitu pemusnahan unggas yang terinfeksi untuk mengurangi sumber penularan; dan 4) *Surveillance* dan *Tracing*, yaitu upaya memantau dan melacak penyebaran virus untuk tindakan lebih lanjut. [209]

4) Pengawasan dan Penelitian

Pemerintah Indonesia melakukan kolaborasi dalam pengawasan dan penelitian flu burung untuk memastikan penanganan yang lebih efektif. Salah satunya melalui penelitian pola penularan virus yang melibatkan kerjasama antara tim ahli kesehatan yang dipimpin oleh Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K) yang saat itu menjabat sebagai Menteri Kesehatan RI. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terjadi penularan flu burung dari unggas ke manusia, bertentangan dengan temuan sebelumnya. Temuan tersebut mendorong penguatan koordinasi lebih luas, tidak hanya dengan Badan Intelijen Negara (BIN) di dalam negeri, tetapi juga dengan berbagai lembaga internasional.[210] Kolaborasi juga dilakukan dengan perusahaan vaksin Vaxter di Wina untuk memahami lebih dalam karakteristik virus H5N1 yang diketahui memiliki tingkat virulensi lebih tinggi di Indonesia dibandingkan negara lain, seperti Vietnam. Kolaborasi ini berperan penting dalam memperkuat pemahaman ilmiah mengenai virus dan mendukung pengembangan strategi pengendalian yang lebih efektif. Di tingkat internasional, Indonesia menekankan pentingnya transparansi dalam pengelolaan dan pemanfaatan sampel virus yang dikirimkan ke lembaga-lembaga global, guna memastikan kerjasama dalam penelitian dan penanganan wabah berjalan dengan adil dan akuntabel.[211]

Setelah wabah terkendali, perhatian difokuskan pada pengelolaan virus berbahaya yang ada di dalam negeri. Indonesia mengambil langkah untuk mengembalikan sampel virus yang sebelumnya dikirim ke luar negeri, dan melakukan analisis lebih lanjut. Hasil analisis menunjukkan adanya rekayasa genetika pada dua virus yang berpotensi berbahaya jika berinteraksi dengan virus menular lainnya, seperti H1N1. Ketika virus H1N1 muncul di Meksiko pada tahun 2009, Indonesia menerapkan strategi komunikasi tertutup, menyembunyikan informasi tentang kasus positif di dalam negeri guna menghindari kepanikan

209 Dinas Perikanan dan Peternakan Pemerintah Kabupaten Banyumas, 2023, *Waspada Flu BUrung atau Avian Influenza (AI)*, diakses melalui: http://dinkannak.banyumaskab.go.id/news/45180/waspada-flu-burung-atau-avian-influenza-ai, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.34.

210 Wawancara dengan Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K), Menteri Kesehatan RI Periode 2004-2009, pada 25 September 2024.

211 Wawancara dengan Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K), Menteri Kesehatan RI Periode 2004-2009, pada 25 September 2024.

dan krisis yang lebih besar.[212]

5) Pendidikan dan Kesadaran Publik

Pemerintah Indonesia, melalui Rencana Strategis Nasional mengenai Pengendalian Flu Burung (*Avian Influenza*) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza, meluncurkan kampanye nasional untuk mencegah dan mengendalikan flu burung serta mempersiapkan diri terhadap kemungkinan pandemi influenza. Kampanye ini bertujuan untuk memberikan informasi, edukasi, dan komunikasi risiko kepada masyarakat agar tetap waspada dan tidak panik dalam menghadapi KLB flu burung dan potensi pandemi. Kegiatan yang dilakukan mencakup pengembangan prosedur standar untuk penyebaran informasi, penyebaran media dan pesan, peningkatan koordinasi serta jejaring komunikasi risiko dengan semua mitra lokal, nasional, dan lembaga internasional, serta edukasi melalui penyusunan kurikulum di Fakultas Kedokteran dan sekolah menengah, serta kajian tentang kapasitas komunikasi dan tingkat pengetahuan masyarakat.[213]

6) Pembentukan Komite Nasional Pengendalian Flu Burung

Sebagai respon terhadap perkembangan Flu Burung, Pemerintah Indonesia membentuk Komite Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza (Komnas FBPI) melalui Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2006. Komite ini dibentuk untuk mengkoordinasikan upaya pengendalian flu burung di Indonesia, menyusun strategi dan kebijakan dalam penanganannya, serta meningkatkan kerjasama antara instansi pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat.[214] Komnas FBPI bertugas melakukan koordinasi antar lembaga, pengembangan kebijakan, penyuluhan dan edukasi masyarakat, serta surveilans epidemiologi. Sejak dibentuk, Komnas FBPI melaksanakan berbagai program, seperti vaksinasi massal terhadap unggas, pemusnahan unggas yang terinfeksi, penyuluhan mengenai biosekuriti, dan penelitian vaksin yang lebih efektif. Melalui pendekatan terintegrasi dan kolaboratif, Komnas FBPI berhasil menurunkan jumlah kasus AI di Indonesia, didukung oleh kerja sama dengan organisasi internasional seperti WHO dan FAO.[215] Pembentukan komite ini menjadi langkah penting dalam pengendalian

212 Wawancara dengan Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K), Menteri Kesehatan RI Periode 2004-2009, pada 25 September 2024.

213 Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza 2006 - 2008.

214 Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Komite Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza.

215 "Kasus Flu Burung di Indonesia Turun", *tempo.co*, edisi 29 Oktober 2008, diakses melalui: https://nasional.tempo.co/read/142909/kasus-flu-burung-di-indonesia-turun.

penyebaran virus H5N1 di Indonesia.

7) Kerjasama Internasional

Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan berbagai lembaga internasional, termasuk WHO. Pada awalnya, Indonesia mengirim semua sampel klinis flu burung dari pasien manusia ke laboratorium referensi WHO di Atlanta dan Hong Kong untuk keperluan konfirmasi diagnosis dan evaluasi risiko. Namun, pada Desember 2006, Menteri Kesehatan Indonesia saat itu, Siti Fadilah Supari, mengumumkan bahwa Indonesia tidak akan lagi mengirimkan spesimen virusnya ke WHO.[216] Keputusan ini didasarkan pada ketidakpuasan terhadap sistem yang dijalankan oleh WHO, dan tuntutan Indonesia untuk penerapan kedaulatan negara atas bahan biologis, peningkatan transparansi dalam sistem global, serta keadilan antara negara maju dan negara berkembang. Keputusan tersebut mengejutkan komunitas internasional karena merusak sistem *Global Influenza Surveillance Network* (GISN) yang terorganisir oleh WHO.

Pada tahun 2008, terdapat kesepakatan untuk mengikuti enam rekomendasi penting terkait pengelolaan virus dan sistem pengawasan kesehatan global. *Pertama*, membangun kembali kepercayaan publik dan komunitas internasional. *Kedua*, dibentuk tim kecil yang bertugas menangani isu ini secara fokus, dengan tujuan mempercepat perbaikan sistem. *Ketiga*, sistem *Global Influenza Surveillance Network* (GISN) yang ada saat itu dianggap tidak lagi efektif dan harus ditutup, lalu digantikan dengan sistem baru bernama *Global Influenza Surveillance and Response* (GISR), yang dirancang untuk lebih responsif dan transparan dalam menghadapi ancaman virus. *Keempat*, disepakati perlunya pengawasan yang lebih ketat terhadap pergerakan virus melalui *Material Transfer Agreement* (MTA), yang harus disetujui oleh Kementerian Kesehatan setiap negara dan diterima secara global, untuk memastikan tidak ada penyalahgunaan dalam distribusi sampel virus. *Kelima*, penegakan pengawasan yang lebih ketat terhadap distribusi virus juga menjadi fokus utama, dan sebagai hasilnya, terbentuklah inisiatif baru bernama GIZ AID untuk pengelolaan virus dan distribusi sampel dan dilakukan dengan pengawasan yang ketat. *Terakhir*, dibentuklah dewan pengawas, mirip dengan *International Energy Agency* (IEA), untuk memastikan akuntabilitas dalam pengelolaan virus dan mencegah pelanggaran terhadap prosedur internasional. Langkah-langkah ini diambil untuk mengatasi kekurangan dalam sistem pengawasan sebelumnya dan memastikan bahwa pengelolaan virus dapat dilakukan dengan lebih transparan dan efisien. Indonesia akhirnya setuju untuk

216 "RI Stop Kirim Sampel Flu Burung ke WHO", *newsdetik.com*., edisi 24 November 2007, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-857095/ri-stop-kirim-sampel-flu-burung-ke-who.

kembali mengirimkan spesimen virus flu burungnya ke WHO setelah disepakati adanya resolusi yang mengatur mekanisme berbagi virus dan manfaat dengan lebih transparan.[217]

8) Peningkatan Kapasitas Pelayanan Kesehatan

Penguatan kapasitas respons pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan sistem pelayanan kesehatan manusia dan hewan dalam menghadapi flu burung dan pandemi influenza. Ini mencakup peningkatan keterampilan SDM, peralatan, dan peningkatan kapasitas di rumah sakit rujukan dengan target pengembangan dari 44 menjadi 100 rumah sakit. Kegiatan utama dalam penguatan ini meliputi pelayanan kesehatan hewan secara berkala, pengembangan penatalaksanaan kasus flu burung, serta pencegahan infeksi nosokomial di fasilitas kesehatan. Selain itu, penyediaan reagen, tes diagnostik, dan perlengkapan medis, termasuk ruang isolasi dan ICU, sangat penting untuk mendukung diagnosis dan perawatan. Program-program ini diharapkan dapat meningkatkan efektivitas sistem kesehatan Indonesia dalam menangani wabah, serta memperkuat kualitas pelayanan kesehatan hewan dan manusia secara keseluruhan.

d. Malaria

Pada tahun 1998 Indonesia dihadapkan dengan KLB malaria. Di wilayah Jawa-Bali, angka kesakitan malaria meningkat signifikan, dengan *Annual Parasite Incidence* (API) yang melonjak tiga kali lipat dari 0,1 per 1.000 penduduk pada tahun 1997 menjadi 0,3 per 1.000 penduduk pada tahun 1998. Sebelumnya, pada tahun 1995, telah disusun rencana penanggulangan malaria yang menargetkan eliminasi malaria di tiga provinsi yaitu DKI Jakarta, Bali, dan Batam serta pengurangan angka kesakitan malaria di Indonesia hingga setengahnya pada tahun 2000. Namun, keterbatasan anggaran untuk penyemprotan racun serangga dan biaya operasional lainnya mengakibatkan terjadinya KLB malaria di berbagai daerah.[218] Salah satu faktor utama penyebaran malaria adalah lingkungan yang buruk, seperti tambak yang tidak terpelihara akibat krisis ekonomi dan galian tambang yang tidak dikelola dengan baik. Oleh karena itu, keberhasilan pemberantasan malaria hanya bisa dicapai melalui kerja sama dengan seluruh pemangku

217 "Perjuangan Transparansi Beres, Menkes Kirim 12 Virus ke WHO", *newsdetik.com*., edisi 22 Februari 2008, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-898293/perjuangan-transparansi-beres-menkes-kirim-12-virus-ke-who; "Menkes: Kita Mau Hak, Bukan Paring-paring", *newsdetik.com*, edisi 14 April 2008, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-923255/menkes-kita-mau-hak-bukan-paring-paring

218 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 324.

kepentingan pada semua sektor, termasuk masyarakat dan berbagai komponen lainnya.

Pada saat yang sama, WHO juga sedang mengampanyekan *Roll Back Malaria* (RBM), sebuah kemitraan global yang dibentuk pada tahun 1998 dengan tujuan mengurangi kasus malaria di dunia hingga setengahnya pada tahun 2010. RBM didukung oleh organisasi besar seperti WHO, UNDP, UNICEF, dan Bank Dunia, serta melibatkan pemerintah, masyarakat madani, dan institusi swasta. Terinspirasi oleh RBM, pada tahun 2000 Indonesia meluncurkan Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam mencegah penyebaran malaria, menciptakan lingkungan bebas malaria, serta menurunkan angka kematian dan kesakitan malaria, dengan melibatkan seluruh lapisan masyarakat dan berbagai sektor, termasuk pariwisata dan industri. Selain sosialisasi di berbagai provinsi, program ini juga menekankan pelatihan terkait pengobatan malaria seperti *Artemisinin Combination Therapy* (ACT) dan pengendalian vektor nyamuk. Targetnya adalah kabupaten atau kota dengan endemisitas tinggi, melalui intervensi berbasis masyarakat, evaluasi program, dan kolaborasi lintas sektor.[219]

Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan strategis melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009, yang ditetapkan pada tanggal 28 April 2009 yang berfokus pada eliminasi malaria di Indonesia.[220] Dokumen ini mencerminkan komitmen pemerintah untuk mengendalikan dan akhirnya menghilangkan malaria sebagai masalah kesehatan masyarakat, khususnya di wilayah endemis. Eliminasi malaria di seluruh Indonesia pada tahun 2030 menjadi tujuan jangka panjang yang ditetapkan dalam kebijakan ini, dengan tahapan eliminasi di wilayah yang memiliki prevalensi rendah lebih awal. Beberapa strategi utama mencakup pengendalian vektor melalui penggunaan kelambu berinsektisida dan penyemprotan insektisida rumah tangga, serta penyediaan pengobatan cepat dan efektif menggunakan ACT. Deteksi dini dengan metode tes cepat juga menjadi bagian integral dalam kebijakan ini, khususnya di wilayah endemis seperti Papua, Nusa Tenggara Timur, dan Kalimantan. Dalam implementasinya, kebijakan ini menekankan pentingnya kemitraan lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat, di mana peran aktif dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah daerah dan lembaga internasional, sangat diperlukan. Untuk memastikan keberhasilan, kebijakan ini juga mencakup sistem monitoring dan evaluasi berkala guna menilai efektivitas intervensi yang dilakukan dalam upaya menurunkan angka kejadian malaria secara signifikan.

219 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 325.

220 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia.

Keputusan ini menjadi langkah penting dalam perjalanan Indonesia menuju bebas malaria.

e. Penyakit Menular Seksual PMS dan HIV/AIDS

Dua isu utama yang secara substansial mempengaruhi perubahan dalam pengembangan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia adalah transformasi hubungan antara pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi) dan perkembangan epidemi. Sebelum desentralisasi sektor kesehatan pada tahun 1999, perumusan dan pelaksanaan strategi HIV dan AIDS sebagian besar dipimpin oleh pemerintah pusat dengan pendekatan vertikal dan pendanaan dari mitra pembangunan internasional sebagai aktor utama. Pada era desentralisasi, pendekatan horizontal tampak lebih relevan. Di sisi lain, pertumbuhan epidemi HIV memainkan peran penting dalam pengembangan sistem kesehatan dan respons sistem kesehatan. Keberhasilan program peningkatan kesadaran telah menciptakan tuntutan untuk layanan yang lebih baik dan meningkatkan jumlah ODHA yang menerima layanan *Antiretroviral Treatment* (ART) sehingga terjadi pergeseran orientasi program dari kampanye penyadaran ke penyediaan layanan kesehatan. Oleh karena itu, penyediaan layanan kesehatan membutuhkan penyesuaian dalam hal standar, pemetaan prioritas, kebijakan, dan kebutuhan sumber daya. Dua hal tersebut menjadi tantangan dalam perumusan kebijakan publik yang efektif dalam menghadapi ancaman HIV dan AIDS. *Pertama*, menyelaraskan kebijakan ekonomi politik HIV dan AIDS dengan tata kelola pemerintahan yang baik dalam konteks desentralisasi parsial. *Kedua*, secara teknis mengintegrasikan layanan HIV dan AIDS ke dalam program kesehatan yang sudah ada untuk memastikan penanggulangan jangka panjang di tengah keterbatasan sumber daya dan kapasitas pemerintah daerah yang terbatas.[221]

Pada akhir tahun 1999, sebanyak 23 provinsi melaporkan adanya HIV dan 14 diantaranya adalah AIDS. Prevalensi AIDS di Indonesia pada saat itu mencapai 0,11 per 100 ribu penduduk dengan disparitas antar provinsi yang mencolok.[222] Kondisi epidemiologis ini sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi perilaku seksual masyarakat. Penyakit menular seksual (PMS) lainnya juga menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius selama periode ini. Untuk menanggulangi masalah tersebut, pemerintah Indonesia mengimplementasikan sejumlah kebijakan, seperti pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) untuk mengkoordinasikan upaya penanggulangan di tingkat nasional dan daerah. Pada tahun 2002, jumlah kasus

221 CHPM, *HIV-AIDS Policy and Health System in Indonesia: A Document Review*. (Yogyakarta: CHPM UGM, 2016), hlm. 44-45.

222 Departemen Kesehatan, *Sejarah Pembangunan Kesehatan Nasional 1978 - 2012* (Jakarta: Depkes, 2012).

AIDS adalah 1.016 kasus dan HIV positif 2.553 kasus, dengan DKI Jakarta sebagai daerah dengan jumlah kasus tertinggi.[223] Namun sebenarnya, jumlah kasus kumulatif HIV/AIDS ini masih jauh sangat rendah jika dibandingkan dengan jumlah estimasi oleh Departemen Kesehatan yaitu 90.000-130.000 kasus pada tahun 2002. Estimasi ini didominasi oleh peningkatan tajam penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril di sub-populasi pengguna NAPZA suntik (penasun), yaitu bulan Maret dilaporkan 116 kasus AIDS di 6 provinsi, sementara penularan melalui hubungan seksual berisiko tetap sama.[224]

Menanggulangi lonjakan kasus yang sangat dinamis, Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular Umar Fahmi Achmadi meningkatkan kampanye pencegahan penularan HIV/AIDS yang utamanya diprioritaskan bagi kaum laki-laki pada 2001.[225] Sebab, jika seorang laki-laki - terutama kepala keluarga - terkena HIV/AIDS maka berpotensi menularkan pada istri dan anak yang dilahirkan oleh istrinya. Namun seiring dengan meluasnya kasus HIV/AIDS, kampanye ditujukan untuk semua orang, baik laki-laki maupun perempuan. Pemerintah juga mengadakan Sidang Kabinet Khusus HIV/AIDS yang memutuskan beberapa kebijakan penting terkait hal ini yaitu: 1) departemen/lembaga harus memberikan komitmen dan respon yang kuat untuk menghambat lajunya epidemi HIV/AIDS; 2) Dibuat sebuah Gerakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS; 3) Menetapkan penanggulangan HIV/AIDS sebagai prioritas pembangunan nasional dan dicantumkan dalam Perencanaan Strategis Pembangunan masing-masing Departemen/Lembaga terkait; 4) Menetapkan ketersediaan dana nasional Gerakan Nasional Stop HIV/AIDS setiap tahun; dan 5) Menetapkan dan memperkuat organisasi KPA untuk mengkoordinasi upaya penanggulangan HIV/AIDS. Poin-pon inilah yang mendasari STRANAS 2003-2007.

Pada tahun 2002, Kemenkes menerbitkan Kepmenkes No. 1285 tahun 2002 yang mengatur pedoman penanggulangan AIDS dan PMS secara terpadu. Kemudian, melalui Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007, pemerintah menekankan pentingnya komitmen lintas sektor serta penguatan organisasi KPA dan alokasi dana nasional. Beberapa provinsi juga menerapkan Peraturan Daerah sebagai dasar hukum penanggulangan HIV/AIDS, meskipun rendahnya partisipasi masyarakat menjadi tantangan tersendiri dalam implementasinya. Selain kebijakan, sejumlah program penting dilaksanakan, termasuk *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PMTCT)

223 *Waspada*, 27 Februari 2002.
224 https://www.kebijakanaidsindonesia.net/id/49-general/1604-kebijakan-hiv-dan-aids
225 *Waspada*, 19 Juni 2001.

untuk mencegah transmisi vertikal HIV.[226] Program Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) juga diperkenalkan untuk memberikan dukungan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Namun, tantangan tetap ada, terutama stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, akses layanan kesehatan yang tidak merata di daerah terpencil, serta kurangnya dukungan finansial dari pemerintah daerah. Meskipun kebijakan dan program penanggulangan telah dirancang dengan baik, diperlukan upaya berkelanjutan untuk mengatasi berbagai tantangan tersebut untuk mencapai target nasional penanggulangan HIV/AIDS.

Pada tahun 2004, tercatat 1520 orang terjangkit AIDS dan 2766 orang terjangkit HIV.[227] Indonesia sepakat untuk meningkatkan akses ART terhadap 5.000 ODHA pada tahun 2004 dan 10.000 ODHA pada tahun 2005, dan terealisasi pada 4.000 ODHA pada akhir 2005. Sebagai tanggapan awal pemerintah, atas inisiatif "3 *by* 5",[228] dikeluarkan Surat Keputusan Menkes No.781/MENKES/SK/VII/2004 yang menetapkan 25 rumah sakit rujukan Antiretroviral (ARV) untuk menangani pasien HIV/AIDS agar dapat memperluas jangkauan pengobatan ARV bagi ODHA pada 2004.[229] Dari hasil pemantauan ke-25 rumah sakit tersebut, diketahui bahwa belum berkembang jejaring yang kuat di tingkat daerah. Hal ini diperkirakan karena belum jelasnya prosedur pengembangan jaringan. Peran KPA di daerah, baik KPA Propinsi maupun KPA Kabupaten/Kota dianggap sangat penting.

Pada Oktober 2005, Kementerian Kesehatan membuat sebuah rencana kerja jangka menengah perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) untuk ODHA serta pencegahan HIV/AIDS yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 1508/MENKES/SK/X/2005 untuk mendukung Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Nasional terutama rencana kerja selama tahun 2005-2009. Setelah ditunjuknya 25 rumah sakit rujukan ARV bagi ODHA, pemerintah melakukan penguatan pada laboratorium yang berfungsi untuk menegakkan diagnosa dan memantau perkembangan penyakit sehingga kualitas hasil tes HIV pada saat VCT memiliki keseragaman dan dapat dijamin mutunya. Kementerian Kesehatan mengakomodasi kebutuhan ini melalui pengesahan Keputusan Menteri Kesehatan No. 241/Menkes/SK/IV/2006 tentang Standar Pelayanan Laboratorium

226 CHPM, *op.cit*.,hlm. 30.

227 *Ibid*.

228 Inisiatif 3 x 5 adalah inisiatif dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk menyediakan pengobatan antiretroviral bagi pasien HIV/AIDS di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Program ini berlangsung dari Desember 2003 hingga Desember 2005, dan nama "3 by 5" mengacu pada tujuan untuk mengobati 3 juta orang pada tahun 2005. Lihat Juan Pablo Gutierrez, et al., "Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost?", *Research Letters*, Vol 364 July 3, 2004; Jim Yong Kim, Arthur Ammann, "Is the "3 by 5" Initiative the Best Approach to Tackling the HIV Pandemic?", *Pols Medicine*, November 30, 2004.

229 *Suara Karya*, 2 Agustus 2004.

Kesehatan Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik.[230]

Ketika ditemukan sumber utama penularan HIV di Indonesia adalah penggunaan NAPZA suntik, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 567/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza. Pengurangan dampak buruk napza menekankan tujuan jangka pendek, karena pencegahan infeksi harus dilaksanakan sesegera mungkin, yang mengacu pada prinsip: (1) penasun didorong untuk berhenti memakai napza; (2) jika bersikeras menggunakan napza maka didorong untuk berhenti menggunakan jarum suntik; (3) jika tetap bersikeras menggunakan cara suntik, maka didorong dan dipastikan menggunakan peralatan suntuk sekali pakai atau baru; (4) jika tetap terjadi penggunaan bersama peralatan jarum suntik, maka didorong dan dilatih untuk mensucihamakan peralatan suntik.[231]



Gambar 2.6: Logo Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). Sumber: https://aidsindonesia.or.id/

Ditemukannya kasus-kasus baru HIV dan AIDS serta Komitmen Sentani, membuat Menkokesra waktu itu, Aburizal Bakrie berkesimpulan bahwa masalah AIDS merupakan masalah nasional dan ancaman terhadap pembangunan Indonesia. Untuk itu, diperlukan upaya penanggulangan yang menyeluruh dan terkoordinasi guna mengendalikan epidemi ini. Analisa ini mendorong dibuatnya sebuah kebijakan baru yang mengatur tentang perubahan status, keanggotaan, dan tata kerja dari KPAN. Pada tanggal 13 Juni 2006, Presiden Bambang Susilo Yudhoyono mengesahkan Peraturan Presiden No.75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Perpres memberi amanat kepada KPAN yang baru untuk meningkatkan upaya pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS, serta melakukan langkah-langkah strategis sebagai respon yang ditujukan untuk mengurangi peningkatan kasus baru dan kematian. KPAN tidak lagi bekerja sendirian, tetapi melibatkan berbagai pihak yang terkait, yaitu instansi pemerintah sipil dan militer, akademisi, organisasi profesi, organisasi ODHA nasional, lembaga swadaya masyarakat (LSM) termasuk komunitas LSM AIDS, sektor swasta, serta pihak lainnya yang dianggap perlu. Fungsi LSM dan masyarakat sipil adalah

230 CHPM, *op.cit*., hlm. 31.

231 Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 567/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk NAPZA.

meningkatkan peran sebagai mitra pemerintah sampai ke tingkat pemerintahan yang paling kecil, yaitu tingkat desa.[232]

Perpres ini juga mengatur pembiayaan bagi pelaksanaan kegiatan KPA Nasional, provinsi, dan kabupaten, yaitu dibebankan pada APBN/APBD I/APBD II. Harapannya, pembiayaan meningkat sejalan dengan bertambahnya masalah HIV/AIDS yang dihadapi. Pembiayaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di 11 Kementerian/Lembaga sektor pemerintah tahun 2006 adalah sebesar Rp 118,6 miliar dari dana APBN sementara di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota sebesar Rp 41.560.000 untuk kegiatan di 19 provinsi dan 73 kabupaten/kota. Sejak 2006 ini, dimulailah penguatan Sekretariat KPA di 100 kabupaten/kota prioritas. Sementara itu, pada bulan September 2006, sudah terjadi 6.871 kasus yang dilaporkan oleh 32 dari 33 provinsi yang ada. Distribusi umur ODHA sangat tinggi pada golongan umur 20-29 tahun mencapai 54,77%, dan bila digabung dengan golongan sampai 49 tahun, maka angka mencapai 89,37%. Sementara persentase anak 5 tahun kebawah mencapai 1,22%.[233]

f. Penyakit Tuberkulosis (TBC)

Pada periode ini, Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) TB diluncurkan untuk menanggulangi tingginya angka kematian akibat TB di Indonesia, yang pada saat itu merupakan penyumbang kasus TB terbesar ketiga di dunia setelah India dan Cina, dengan sekitar 110.000 kematian setiap tahun. Gerdunas melibatkan kerjasama lintas sektor, termasuk Departemen Kesehatan, akademisi, dan masyarakat, untuk mengembangkan strategi nasional dalam memerangi TB. Struktur organisasi Gerdunas fungsional hingga tingkat provinsi dan kabupaten, dengan tujuan meningkatkan efektivitas program pengendalian TB melalui pelatihan, perencanaan, dan evaluasi. Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), yang diperkenalkan pada tahun 1995 dan mulai diadopsi secara nasional pada tahun 2000, membantu meningkatkan tingkat kesuksesan pengobatan dengan memastikan pengobatan yang teratur dan diawasi. Selain itu, Gerdunas juga menekankan penanganan TB resisten obat (MDR-TB) melalui kombinasi pengobatan yang lebih canggih untuk meningkatkan hasil pengobatan sesuai standar internasional.[234]

g. Wabah Demam Berdarah Dengue (DBD)

Di Indonesia, Demam Berdarah Dengue (DBD) mulai dikenal pertama kali pada tahun 1968 di DKI Jakarta dan Surabaya, dan terus menyebar ke 33 provinsi di

232 Peraturan Presiden No.75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
233 https://www.kebijakanaidsindonesia.net/id/49-general/1604-kebijakan-hiv-dan-aids
234 Broto Wasisto, *op.cit.*, hlm. 331.



Foto 2.9: Peringatan Hari TBC Sedunia Tahun 2006. Sumber: Koleksi Kemenkes RI.

Indonesia. Pola epidemiologi infeksi dengue mengalami perubahan dari tahun ke tahun, dengan jumlah kasus memuncak setiap siklus 10 tahunan. Dari tahun 1968-2008 angka kesakitan DBD terus meningkat, dengan angka 58,85/100.000 penduduk pada 2008. Angka kematian menurun dengan stabil dari 41% pada tahun 1968 menjadi kurang dari 2% sejak tahun 2000, dan menjadi 0,86% pada 2008. Semua serotipe virus dengue ditemukan di Indonesia, namun serotipe virus DEN-3 masih dominan menyebabkan kasus dengue yang berat dan fatal.[235]

Pada tahun 1998, Indonesia mengalami lonjakan besar kasus DBD, dipicu oleh musim hujan yang panjang dan sistem sanitasi yang buruk akibat krisis ekonomi Asia. Jumlah kasus yang tinggi terus berulang setiap tahun, dengan beberapa puncak kasus terjadi pada awal 2000-an. Pada tahun 2004, Indonesia mencatat salah satu wabah DBD terparah dalam sejarah, dengan lebih dari 110.000 kasus dilaporkan dan lebih dari 1.000 kematian. Peningkatan kasus DBD selama periode ini disebabkan oleh beberapa faktor utama, yaitu urbanisasi yang cepat, yang menyebabkan lingkungan perkotaan menjadi padat dan kurang sanitasi, sehingga

235 Karyanti, M. R., dan Hadinegoro, S. R, "Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue Di Indonesia", *Sari Pediatri*, 10(6), 2009.

mendukung berkembang biaknya nyamuk *Aedes Aegypti*. Selain itu, perubahan iklim dengan curah hujan tinggi menciptakan genangan air yang menjadi sarang nyamuk. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang cara pencegahan DBD pada awalnya juga membuat upaya pengendalian nyamuk sering tidak efektif. Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia mengeluarkan surat kepada kepala daerah di seluruh Indonesia mengenai Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD pada 1 Februari 2002.

Tertanggal 13 September 2002, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL), Prof. Dr. Umar Fahmi Ahmadi mengeluarkan surat yang ditujukan kepada para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia yang berisi mengenai fogging sebelum musim penularan. Kegiatan penanggulangan yang perlu dilaksanakan sebelum musim penularan untuk mencegah KLB penyakit DBD adalah "Bulan Kewaspadaan DBD Sebelum Musim Penularan" kemudian dikenal sebagai bulan bakti gerakan 3M yang dilanjutkan dengan kegiatan "3M" atau pemberantasan sarang nyamuk (PSN) DBD yang berkesinambungan.[236] Sehingga, pada tahun ini, kegiatan fogging massal yang rutin dilakukan sebelum musim penularan tidak lagi menjadi kebijakan nasional dalam program pemberantasan penyakit DBD.[237] Upaya pencegahan penyakit menular seperti DBD dilakukan melalui kerjasama dengan instansi pemerintah, melibatkan petugas di setiap komunitas, baik tingkat RT, RW, atau desa. Petugas ini bekerja sama dengan petugas dari fasilitas kesehatan untuk memeriksa dan melakukan deteksi dini pada warga di wilayahnya sehingga dapat memperoleh tatalaksana dini yang tepat.[238]

Ditjen PPM & PL juga menerbitkan surat yang ditujukan kepada gubernur di seluruh Indonesia tertanggal 4 November 2002 mengenai kewaspadaan dini terhadap penyakit DBD yang biasanya akan meningkat pada musim hujan. Sehubungan dengan itu, maka Ditjen PPM & PL meminta untuk para gubernur sebagai kepala daerah agar mengkoordinasikan langkah-langkah kewaspadaan dini dalam mengantisipasi peningkatan kasus serta mencegah terjadinya KLB.[239] Hal ini sejalan dengan dilaksanakannya Bulan-bulan Bakti Gerakan 3M oleh masyarakat yang pelaksanaanya digerakan oleh Pokjanal/Pokja DBD melalui

236 Surat dari Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL) kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di Seluruh Indonesia, tanggal 13 September 2002.

237 Riana Julida Simarta, "Pengaruh Pelaksanaan Program Pemberantasan Vektor Intensif terhadap Angka Insidens Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Muara Enim" *Tesis Prodi Epidemiologi, Program Pascasarjana, FKM UI*, hlm. 5.

238 Wawancara dengan Prof. Dr. Umar Fahmi Ahmad, Ph.D., Dirjen PPM dan PL, Kementerian Kesehatan RI, Periode 2000-2005, pada 20 September 2024.

239 Surat Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL) Depkes RI kepada Gubernur Provinsi di Seluruh Indonesia, tanggal 4 November 2002.

kegiatan-kegiatan sebagai berikut:[240]

- Penyuluhan insentif melalui berbagai media massa,
- Kerja bakti secara serentak untuk memberantas tempat bersarangnya nyamuk yang dikoordinasikan oleh kepala wilayah dan kelurahan/desa
- Kunjungan rumah untuk pemeriksaan jentik serta menyuluh keluarga dan bila diperlukan melakukan abatisasi di tempat penampungan air yang ditemukan jentik.
- Program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Program ini merupakan strategi utama untuk mengendalikan populasi nyamuk *Aedes Aegypti*, dengan fokus pada pembersihan lingkungan, khususnya area yang berpotensi menjadi tempat berkembang biak nyamuk, seperti genangan air, pot bunga, dan wadah penampungan air. PSN juga didukung oleh kampanye "3M" yang meliputi menguras penampungan air secara rutin, menutup wadah air agar tidak menjadi sarang nyamuk, dan mengubur barang bekas yang bisa menampung air. Kampanye ini semakin digiatkan menjelang musim hujan, saat risiko penyebaran nyamuk meningkat. Selain itu, fogging atau pengasapan juga dilakukan di wilayah yang mengalami lonjakan kasus DBD sebagai langkah untuk membunuh nyamuk dewasa. Namun, fogging bukan solusi jangka panjang karena hanya efektif dalam membunuh nyamuk dewasa tanpa menghancurkan telur atau larva nyamuk.

17. Program Pekan Imunisasi Nasional

Pekan Imunisasi Nasional (PIN) pertama kali dilakukan pada masa pemerintahan Orde Baru yaitu pada 1995, disusul pada 1996 dan 1997. Pada tahun 2002 pemerintah menyelenggarakan PIN yang dilaksanakan secara serempak pada 12 September dan 9 Oktober 2002. PIN pada tahun itu menelan biaya Rp 104 miliar dan melibatkan 250 ribu orang petugas kesehatan, 70 ribu orang relawan, PKK, dan 21 juta bayi dan balita. PIN tahun 2002 bertujuan untuk mencegah penyakit menyebarnya penyakit campak di beberapa wilayah di Indonesia.[241]

Sejak tahun 1996 sudah tidak ditemukan lagi virus polio liar asli Indonesia. Namun, pada 13 Maret 2005 ditemukan kasus polio importasi pertama di Desa Girijaya, Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat.[242] Departemen Kesehatan menyatakan bahwa virus polio itu berasal dari Afrika Barat dan

240 Surat Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL) Depkes RI kepada Gubernur Provinsi di Seluruh Indonesia, tanggal 4 November 2002.

241 *Harian Waspada*, edisi 7 Agustus 2002.

242 "Ditemukan 18 Kasus Polio di Sukabumi", *detiknews.com*, edisi 6 Mei 2005, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-356269/ditemukan-18-kasus-polio-di-sukabumi, pada 10 Oktober 2024.

masuk ke Indonesia melalui Sudan, karena mirip dengan isolat yang ditemukan di Arab Saudi dan Yaman.[243] Untuk memutus mata rantai penularan polio ini, Departemen Kesehatan kemudian melakukan *mop up* (imunisasi polio massal terbatas) di tiga provinsi, yaitu Jawa Barat, DKI Jakarta, dan Banten. Departemen Kesehatan menyiapkan 13,5 juta dosis vaksin polio yang diberikan dalam 2 periode, yaitu pada 31 Mei dan 28 Juni 2005.[244] Imunisasi ini dilakukan tanpa melihat status imunisasi sebelumnya.[245] Meski demikian, kasus polio di Sukabumi ini berkembang menjadi KLB yang menyerang 305 orang sejak pertengahan tahun 2005 hingga awal 2006 di 47 kabupaten/kota dan 10 provinsi. Selain itu juga ditemukan 46 kasus *Vaccine Derived Polio Virus* (VDPV) yaitu kasus polio yang disebabkan oleh virus dari vaksin, yang terjadi apabila banyak anak yang tidak diimunisasi, dimana 45 kasus diantaranya terjadi di semua kabupaten di Pulau Madura dan satu kasus terjadi di Probolinggo Jawa Timur.[246]

Pemerintah kemudian mencanangkan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) polio atas dasar Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1287/MENKES/SK/VIII/2005, yang diselenggarakan dalam dua putaran yaitu Putaran I pada tanggal 30 Agustus 2005, dan Putaran II pada tanggal 27 September 2005.[247] Meskipun cakupan imunisasi mencapai 95%, kasus polio masih muncul di beberapa daerah. Sebagai respon, pemerintah menerapkan imunisasi berbasis wilayah dengan pengawasan ketat di daerah terdampak. Langkah ini berhasil membatasi penyebaran kasus agar tidak meluas.[248] Imunisasi merupakan salah



Gambar 2.7: Logo Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio. Sumber: Departemen Kesehatan RI.

243 "Polio Impor di Sukabumi", *koran.tempo.co*, edisi 9 Mei 2005, diakses melalui: https://koran.tempo.co/read/ilmu-dan-teknologi/39875/polio-impor-di-sukabumi, pada 10 Oktober 2024.

244 "Wabah Polio Meluas", *koran.tempo.co*, edisi 9 Mei 2005, diakses melalui: https://koran.tempo.co/read/nusa/39901/wabah-polio-meluas; pada 10 Oktober 2024; "Kasus Polio Sukabumi Bukti Keberhasilan Pemerintah, diakses melalui: https://www.liputan6.com/news/read/100879/kasus-polio-sukabumi-bukti-keberhasilan-pemerintah, pada 10 Oktober 2024.

245 "Depkes: 4 Kasus Lumpuh Layuh di Sukabumi Positif Polio", *detiknews.com*, edisi 11 Mei 2005, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-358861/depkes-4-kasus-lumpuh-layuh-di-sukabumi-positif-polio, pada 10 Oktober 2024.

246 "Pekan Imunisasi Nasional", diakses melalui: https://dinkes.malangkota.go.id/2016/02/22/pekan-imunisasi-nasional/, pada 11 Oktober 2024.

247 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1287/MENKES/SK/VIII/2005.

248 Wawancara dengan Prof. Dr. Umar Fahmi Ahmad, Ph.D., Dirjen PPM dan PL Kementerian Kesehatan RI periode 2000-2005 pada 20 September 2024.

satu upaya pencegahan penyakit yang efektif dan berkontribusi besar pada peningkatan kesehatan masyarakat. Meskipun demikian, imunisasi juga berisiko menyebabkan kejadian ikutan pasca-imunisasi (KIPI), sehingga diperlukan surveilans yang efektif untuk memastikan keamanan dan efektivitas vaksin. Program imunisasi mencakup kegiatan rutin dan tambahan, seperti imunisasi dasar untuk bayi, wanita usia subur, serta anak sekolah. Kegiatan tambahan dilakukan saat ditemukan masalah seperti desa non-UCI atau potensi KLB, termasuk program tanggap darurat seperti *Outbreak Response Immunization* (ORI) yang diterapkan pada tahun 2005 ketika kasus polio liar muncul kembali. Selain itu, kegiatan *Mop-Up* Imunisasi dan PIN juga dilakukan untuk mengatasi kasus tersebut.[249]

PIN putaran I dan putaran II telah dilaksanakan secara serentak di seluruh wilayah Indonesia, tetapi pemerintah memandang masih perlu dilakukan PIN putaran III. Oleh karena itu berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1527/MENKES/SK/X/2005, pemerintah melanjutkan PIN putaran III yang dilaksanakan pada 30 November 2005 secara serentak di seluruh wilayah Indonesia.[250] Pelaksanaan PIN polio dinilai oleh pemerintah cukup berhasil, pada putaran I diikuti oleh 95% dari sekitar 23 juta balita, putaran II diikuti oleh 97,4% balita dan pada putaran III diikuti oleh 98,1% balita.[251] Namun pada tahun 2006 masih ditemukan virus polio liar di Kabupaten Bondowoso (Jawa Timur) dan Kabupaten Aceh Tenggara (NAD). Untuk memutus mata rantai penularan virus polio liar di Jatim, Banten, Lampung, Sumatera Selatan, Sumatera Utara, dan NAD, pada 30 Januari 2006 pemerintah melakukan Sub PIN polio yang diikuti 95,8% dari 4,5 juta balita di enam provinsi itu.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1626/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Pemantauan dan Penanggulangan KIPI adalah kebijakan yang dirancang untuk menjamin keamanan dan efektivitas program imunisasi di Indonesia.[252] Keputusan ini menetapkan pedoman untuk pemantauan KIPI dengan memastikan bahwa setiap kejadian medik yang terjadi setelah pemberian imunisasi dapat diidentifikasi dan dianalisis secara tepat. Kebijakan ini mengatur tentang pedoman pemantauan dan penanggulangan KIPI. Kebijakan ini bertujuan untuk memastikan keamanan pelaksanaan

249 Departemen Kesehatan RI, *Sejarah Pemberantasan Penyakit di Indonesia* (Jakarta: Depkes RI, 2007), hlm. 43.

250 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1527/MENKES/SK/X/2005.

251 "PIN Polio Digelar pada 27 Februari dan 12 April 2006", *antaranews.com*, edisi24 Februari 2006, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/28727/pin-polio-digelar-pada-27-februari-dan-12-april-2006.

252 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1626/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Pemantauan dan Penanggulangan KIPI.



Foto 2.10: Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Aburizal Bakrie, melakukan kick off Imunisasi Indonesia Bebas Polio Tahun 2006. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

program imunisasi massal dan menangani efek samping yang mungkin terjadi setelah vaksinasi.

Sebagai upaya untuk memberikan kekebalan tubuh pada balita Indonesia agar tidak tertular virus polio liar dan juga atas rekomendasi dari WHO maka pemerintah pada awal tahun 2006 melaksanakan PIN putaran IV pada 27 Februari 2006 dan putaran V pada 12 April 2006. Kebijakan ini didasari Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 039/MENKES/SK/I/2006 tentang Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Polio dan Sub PIN Polio Tahun 2006.[253] Khusus di Provinsi Papua, Irian Jaya Barat, Maluku dan Maluku Utara, PIN polio disertai dengan imunisasi campak, agar para balita tidak tertular virus campak yang dapat mengakibatkan kematian di keempat provinsi itu. Biaya PIN polio putaran IV dan V ini mencapai Rp 230 miliar yang berasal dari APBN.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi pedoman yang menguatkan pelaksanaan program imunisasi nasional. Dalam undang-undang ini, pemerintah diwajibkan untuk memberikan imunisasi lengkap pada setiap bayi dan anak. Setiap anak berhak mendapatkan imunisasi dasar sesuai dengan peraturan yang berlaku, dengan tujuan mencegah penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi.

253 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 039/MENKES/SK/I/2006; "Presiden Resmikan PIN Polio V di Pacitan", *antaranews.com*., edisi 12 April 2006, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/31651/presiden-resmikan-pin-polio-v-di-pacitan.

18. Program Penanganan Kesehatan Jiwa

Pada tahun 2000, terjadi reorganisasi di Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang mengakibatkan penggabungan Direktorat Kesehatan Jiwa ke dalam Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Langkah ini bertujuan untuk membentuk Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, yang mencerminkan perubahan sistem dalam pendekatan kesehatan jiwa di Indonesia. Perubahan ini selaras dengan Paradigma Indonesia Sehat 2010, yang menekankan pentingnya upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan, beralih dari fokus utama pada aspek kuratif dan rehabilitatif yang sebelumnya didominasi oleh rumah sakit jiwa sebagai titik fokus utama.[254] Reorganisasi ini merupakan bagian dari kebijakan lebih luas yang diatur oleh Undang-Undang No. 22 dan No. 25 Tahun 1999 serta Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000, yang memberikan otonomi kepada daerah dalam pengelolaan kesehatan. Dengan demikian, Dinas Kesehatan menjadi *focal point* dalam menjalankan program-program kesehatan jiwa, termasuk pencegahan dan promosi kesehatan mental di masyarakat. Kebijakan ini juga mencakup upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa melalui Puskesmas, yang berfungsi sebagai ujung tombak dalam identifikasi dan penanganan masalah kesehatan jiwa secara dini. Meski demikian, tantangan tetap ada, seperti kekurangan tenaga kesehatan jiwa dan kurangnya perhatian terhadap implementasi program-program kesehatan jiwa di lapangan. [255]

Didasari oleh Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas, Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan Jiwa Tahun 2001-2005 dan Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Tahun 2001-2004, Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyusun Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001-2004 yang mengidentifikasi beberapa masalah kesehatan jiwa di Indonesia yang perlu ditangani secara serius,[256] diantaranya:

1. Status kesehatan jiwa sekitar 25% dari populasi mengalami gangguan jiwa atau perilaku pada suatu titik dalam hidup mereka, dengan lebih dari 40% dari mereka sering didiagnosis secara tidak tepat. Ini mengakibatkan biaya yang tinggi untuk pemeriksaan dan pengobatan yang tidak efektif.
2. Gangguan jiwa tidak hanya mempengaruhi individu tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat, menciptakan stigma dan diskriminasi.

254 Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001 - 2004* (Jakarta: Kemenkes RI, 2003).

255 Sri Idaiani, "Kesehatan Jiwa di Indonesia dari Deinstitusionalisasi sampai Desentralisasi", *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 4, No. 5, April 2010, hlm. 204

256 Departemen Kesehatan RI, *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001 - 2004*. (Jakarta: Depkes, 2003).

Dalam satu penelitian, ditemukan bahwa satu dari empat keluarga memiliki anggota dengan keluhan gangguan jiwa.

3. Sebelumnya, layanan kesehatan jiwa lebih fokus pada perawatan kuratif dan rehabilitatif di rumah sakit jiwa, sementara upaya promotif dan preventif kurang diperhatikan. Hal ini menyebabkan keterlibatan dinas kesehatan daerah menjadi minimal dalam penanganan masalah kesehatan jiwa.
4. Terdapat kekurangan dalam pendanaan dan tenaga terlatih untuk menangani masalah kesehatan jiwa secara komprehensif. Sumber daya yang ada seringkali dialokasikan untuk masalah kesehatan yang dapat dicegah, sehingga menghambat upaya pencegahan gangguan jiwa.

Penyusunan Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa Tahun 2001-2004 ini bertujuan untuk menjabarkan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004 dan menjadikannya masukan dalam penyusunan undang-undang Rencana Pembangunan Tahunan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Rapeta dan APBN). Secara khusus penyusunan rencana ini untuk:[257]

1. Teridentifikasinya strategi program intervensi yang mencerminkan kesepakatan, komitmen, kerjasama, koordinasi dan integrasi lintas program dan lintas sektor.
2. Tersusunnya tahapan pelaksanaan program pembangunan kesehatan jiwa untuk tahun 2001 sampai dengan 2004 lengkap beserta dengan indikator kinerjanya

Di dalam Renstra ini disebutkan bahwa selama kurun waktu tahun 1996-2000 telah dilakukan studi Proporsi Gangguan Jiwa pada 16 Kota di Indonesia yaitu Medan, Jambi, Pekanbaru, Bandar Lampung, Bogor, Bandung, Semarang, Yogyakarta, Magelang, Malang, Surabaya, Denpasar, Banjarmasin, Samarinda, Ujung Pandang dan Manado. Studi ini menggunakan instrumen diagnostik *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) dari WHO terhadap 1600 responden anggota rumah tangga dewasa usia 18-65 tahun yang menggambarkan besaran porsi masalah kesehatan jiwa pada penduduk rumah tangga dewasa. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan proporsi masalah kesehatan jiwa dalam populasi rumah tangga dewasa di kota-kota tersebut.

Hasil dari studi ini menunjukkan bahwa kesehatan jiwa merupakan isu yang krusial dan memerlukan perhatian lebih dari pemerintah dan masyarakat. Data yang diperoleh memberikan gambaran tentang prevalensi gangguan jiwa di

257 Departemen Kesehatan RI, *Ibid*., hlm. 7.

berbagai daerah, yang dapat digunakan untuk merumuskan kebijakan yang lebih efektif dalam penanganan masalah kesehatan jiwa di Indonesia. Dalam konteks kebijakan, Rencana Strategis ini berfungsi sebagai landasan bagi pengembangan program-program kesehatan jiwa yang lebih komprehensif dan terintegrasi. Hal ini mencakup upaya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan mental serta mengurangi stigma terkait gangguan jiwa. Dengan adanya data dan analisis dari studi ini, diharapkan dapat dilakukan langkah-langkah strategis untuk meningkatkan kualitas hidup individu dengan gangguan kesehatan jiwa dan mendukung pemulihan mereka dalam masyarakat.

Masih banyak ditemukan Rumah Sakit Umum dimiliki oleh pemerintah maupun swasta pada tahun 1999 belum mempunyai unit psikiatri, kecuali rumah sakit yang dipakai sebagai rumah sakit pendidikan. Sementara di layanan kesehatan primer, puskesmas telah memiliki upaya pelayanan kesehatan jiwa sebagai salah satu dari 18 Program Pokok Puskesmas. Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup mulai dari saat dalam kandungan sampai usia lanjut, mencegah terjadinya gangguan jiwa yang terjadi pada individu, keluarga dan masyarakat yang digerakkan oleh masyarakat, dari dan untuk masyarakat dengan pembinaan dari tenaga kesehatan. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) yang paling luas distribusinya adalah Posyandu dan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). Untuk mendekatkan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat dapat memanfaatkan kedua UKBM ini.

19. Kebijakan Pengendalian Manajemen Bencana

Pada periode Reformasi sejak tahun 1999 hingga 2009, penanganan bencana di Indonesia berfokus pada respons terhadap kejadian yang sudah terjadi, salah satunya terlihat pada peristiwa tsunami Aceh. Pada masa ini, *framework* penanggulangan bencana lebih ditujukan untuk menghadapi bencana setelah insiden terjadi, tanpa adanya persiapan yang memadai sebelumnya. Padahal, kesiapan menghadapi bencana, termasuk menyiapkan sektor kesehatan yang tangguh menjadi sangat penting. Akan tetapi, hal ini bukan berarti Kementerian Kesehatan bersifat abai terhadap kejadian bencana. Setidaknya sejak awal 2000an telah muncul kesadaran akan pentingnya kesiapsiagaan sektor kesehatan dalam menghadapi bencana, meskipun belum sepenuhnya optimal. Pada 2001, Menteri Kesehatan Achmad Sujudi membentuk Tim Brigade Siaga Bencana diketuai oleh Achmad Djojosugito, yang saat itu menjabat sebagai Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan, untuk menyiapkan sektor kesehatan dan kesejahteraan sosial sebagai antisipasi terhadap bencana. Tim tersebut terdiri dari 150 orang,



Foto 2.11: Tim Departemen Kesehatan RI melakukan distribusi bantuan kesehatan bagi korban Tsunami di Aceh Tahun 2004. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

dimana diantaranya terdapat 21 orang dokter umum dan Pegawai Tidak Tetap, 44 dokter spesialis dan perawat mahir, 50 paramedis, 15 tenaga surveilans, 10 pekerja sosial, dan 10 karyawan Departemen Kesehatan yang dinilai telah memahami manajemen sektor kesehatan dan sosial ketika terjadi bencana.[258]

Pada 2002, Menteri Kesehatan Achmad Sujudi menandatangani program kerja sama Departemen Kesehatan dan Departemen Sosial terkait pelayanan kesehatan dan bantuan sosial yang harus disiapkan untuk menghadapi bencana.[259] Menteri Achmad Sujudi bahkan menyebutkan bahwa kerjasama tersebut tidak hanya disiapkan untuk menghadapi bencana alam, tetapi juga bencana non alam seperti kerusuhan dan lain-lain yang berpotensi mengganggu sektor kesehatan.[260] Dalam kerjasama tersebut, Menteri Kesehatan berkomitmen menyusun rencana dan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, sementara Menteri Sosial berkomitmen menyusun rencana dan

258 *Waspada*, 12 Mei 2001.
259 *Waspada*, 19 Juni 2002.
260 *Ibid*.

penyediaan pembiayaan untuk kegiatan operasional penanggulangan bencana, seperti penyediaan bahan makanan, pakaian, hingga monitoring dan evaluasi bantuan sosial. Selain itu, Departemen Kesehatan juga menggandeng POLRI untuk memperkuat tatalaksana identifikasi korban mati pada bencana kesehatan, baik akibat bencana alam maupun non alam. Pada tahun yang sama, Menteri Kesehatan Achmad Sujudi melakukan penandatanganan kerja sama tersebut dengan harapan terbangunnya *safe community* dengan pelayanan kesehatan berbasis hak asasi manusia, termasuk penanganan korban bencana.[261]

Kesiapan sektor kesehatan dalam menghadapi bencana diuji ketika tsunami melanda Aceh pada 2004. Bencana tersebut mengakibatkan berbagai krisis kesehatan dikalangan pengungsi, termasuk diantaranya adalah Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang menyerang pengungsi di berbagai titik pengungsian di Aceh Utara.[262] Pemerintah harus bergerak cepat mendirikan posko pengobatan, menyediakan stok obat dan alat kesehatan, memberikan pelayanan kesehatan, dan lain-lain. Tsunami Aceh menjadi pelajaran penting bagi Departemen Kesehatan terkait pentingnya bersiap untuk menghadapi krisis. Sejak saat itu, setidaknya mulai terlihat ada perubahan ke arah kesiapsiagaan, dimana tim-tim mulai dibentuk dan persiapan yang dilakukan lebih sistematis. Pengalaman penanganan krisis kesehatan di masa itu juga menunjukkan pentingnya disiplin dan pengendalian yang kuat untuk menciptakan respons yang efektif dalam situasi darurat. Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K), yang saat itu menjabat sebagai Menteri Kesehatan Indonesia, menegaskan bahwa aturan harus dipatuhi oleh semua pihak, dan pentingnya kerja sama dengan WHO untuk menghadapi bencana besar seperti tsunami serta penyakit menular.

Pembentukan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) pada tahun 2008, menunjukkan upaya pemerintah untuk memperkuat kapasitas dalam merespons bencana. Pembentukan BNPB mencerminkan pentingnya kolaborasi antara berbagai pihak dalam penanganan bencana, dengan Menteri Kesehatan sebagai komandan yang memimpin tim medis handal dari seluruh Indonesia. Ketika terjadi gempa di Yogyakarta, tim ahli dari berbagai daerah, seperti Medan dan Makassar, segera terjun ke lokasi bencana, mampu melakukan operasi dan memasang pen dalam jumlah besar secara cepat dan efisien dengan sistem shift yang teratur. Keberhasilan Indonesia dalam menangani bencana, bahkan dibandingkan dengan peristiwa Katrina di Amerika, menunjukkan bahwa dengan jiwa berdaulat yang kuat dan komitmen untuk melindungi rakyat, Indonesia dapat mencapai hasil yang luar biasa. Namun, penting untuk tidak sekedar

261 *Suara Karya*, 6 Oktober 2004.
262 *Waspada*, 13 Januari 2005.

meniru kebijakan dari negara lain tanpa pemikiran kritis dan analisis mendalam tentang kebijakan.

Penghargaan dari PBB mencerminkan keberhasilan Indonesia dalam menangani bencana dengan tingkat kematian pasca-tsunami yang rendah, berkat kontribusi besar tim medis lokal yang bekerja dalam kondisi sulit. Menteri Kesehatan waktu itu, Siti Fadilah Supari juga menggarisbawahi pentingnya strategi cepat, seperti pemindahan korban ke Medan dan penggunaan bantuan internasional, serta semangat patriotisme tenaga medis dalam menjaga kesehatan masyarakat.

20. Perubahan Paradigma Sehat

Konsep Paradigma Sehat berawal dari adanya harapan pada masa depan tentang revolusi kesehatan, yang memandang bahwa kesehatan lebih dari sekedar kesehatan fisik. Konsep kesehatan yang ideal meliputi kesehatan fisik, mental, dan sosial, dimana seluruh masyarakat diharapkan bisa mencapainya. Konsep Paradigma Sehat pertama kali didasari oleh pemikiran Prof. Dr. dr. H. Faried Anfasa Moeloek, Sp. OG. yang pada tahun 1998 - 1999 menjabat sebagai Menteri Kesehatan. Menurutnya, meski kesehatan fisik mungkin sudah dapat dijaga, namun kesehatan mental dan sosial masih menjadi tantangan bersama yang harus diperjuangkan. Untuk mewujudkan konsep kesehatan yang utuh ini bukanlah hal yang mudah karena dibutuhkan visi jauh kedepan dan usaha yang konsisten. Sehingga, untuk mencapai tujuan ini diperlukan kolaborasi dan kerjasama dari seluruh lapisan masyarakat. Tanpa kolaborasi dan kerja sama, cita-cita untuk mencapai kesehatan yang komprehensif ini akan sulit diwujudkan.

Amandemen kedua UUD RI tahun 1945 Pasal 28H ayat 1 menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia. Dalam TAP MPR-RI Nomor X tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan telah digariskan mengenai "Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan" sebagai strategi pembangunan nasional untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010. Konsep 'Indonesia Sehat' telah menjadi cita-cita sejak tahun 2010, dengan fokus pada pentingnya peran dokter keluarga sebagai kunci dalam mencapai paradigma kesehatan yang menyeluruh. Dokter keluarga diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan berkelanjutan kepada masyarakat, sekaligus menjadi ujung tombak dalam mencegah penyakit dan mempromosikan gaya hidup sehat. Paradigma sehat juga tertuang dalam dokumen "Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010" yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan pada 1999.

> *"Kalau bisa semuanya masyarakat di Indonesia ini sehat. Sehat itu bukan saja hanya soal sehat fisik, tetapi juga sehat mental, tetapi juga sehat sosial."* (Menteri Kesehatan RI, 1998 - 1999 Prof. Dr. dr. H. Faried Anfasa Moeloek, Sp. OG.)

Lahirnya UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi dasar penguat untuk mendorong adanya pergeseran paradigma kesehatan. Perkembangan teknologi kesehatan yang pesat, didorong oleh globalisasi, telah menyebabkan banyak perubahan yang tidak tercakup dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang lebih menitikberatkan pada pengobatan (kuratif), sehingga masyarakat cenderung fokus pada cara mengobati penyakit daripada mencegahnya. Akibatnya, pembiayaan kesehatan dipandang konsumtif dan boros, sementara kebijakan publik belum sepenuhnya mengakui kesehatan sebagai investasi penting dalam pembangunan. Paradigma baru yang dikenal sebagai paradigma sehat, mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif yang diperlukan untuk memajukan kesehatan sebagai prioritas utama dan investasi berharga. Sebagaimana amanat dalam UUD RI 1945, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan dan tercantum di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang mendefinisikan Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

F. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan

Pada masa pasca Reformasi, Indonesia masih menghadapi keterbatasan teknologi dalam menghasilkan bahan baku obat dan alat kesehatan (alkes). Keterbatasan teknologi ini membuat industri farmasi di Indonesia sulit untuk memproduksi bahan baku yang murni dan berkualitas tinggi. Beberapa bulan setelah krisis moneter melanda kawasan Asia, Ketua Umum IDI waktu itu Prof Dr Azrul Azwar, sangat mengharapkan pemerintah mengeluarkan kebijakan agar gejolak Rupiah tidak berdampak signifikan terhadap naiknya harga obat. Sebab hampir 90% bahan baku obat yang dibuat Indonesia berasal dari luar negeri. Azrul Azwar menyatakan jika nilai dolar AS terus naik, maka harga obat akan menjadi mahal.

Padahal, sebagian masyarakat Indonesia masih miskin sehingga tidak mampu membeli obat.[263] Selain itu, Menteri Kesehatan dr. Achmad Sujudi, Sp.B, MHA, melalui pers di Jakarta, mengatakan bahwa hampir 80% bahan baku obat adalah impor sehingga mengakibatkan adanya kenaikan harga obat generik.[264]

Pada masa krisis ekonomi, nilai mata uang Indonesia terdevaluasi dan inflasi yang tinggi menyebabkan peningkatan harga input layanan kesehatan, terutama untuk obat-obatan impor dan pasokan medis. Diperkirakan sekitar 60 hingga 80% produk farmasi dan bahan baku obat di Indonesia diimpor. Meskipun pemerintah Indonesia berupaya membekukan nilai tukar khusus untuk impor obat dan bahan baku terkait, harga antibiotik tetap meningkat dua kali lipat antara Oktober 1997 dan Maret 1998. Belanja sektor kesehatan publik turun sekitar 9% dari tahun fiskal 1996-1997 ke 1997-1998, dan turun lagi 13% pada 1998-1999. Akibatnya, terjadi kekurangan antibiotik, suplemen zat besi, dan pil kontrasepsi di fasilitas kesehatan pemerintah. Selain itu, biaya pengobatan di pusat kesehatan pemerintah Indonesia meningkat sekitar 67% selama krisis, terutama disebabkan oleh kenaikan harga obat.[265]

Pada tahun 1998, nilai dolar masih relatif rendah, sehingga pemerintah lebih memilih untuk mengimpor bahan baku obat dan alkes karena lebih murah. Namun, ketika krisis moneter terjadi saat itu rupiah jatuh sangat dalam terutama saat puncak krisis moneter terjadi pada Mei 1998, ketika rupiah mengalami penurunan nilai yang drastis, mencapai titik terendahnya dari Rp 2.500 menjadi Rp16.800 per dolar AS.[266] Hal ini mengakibatkan impor bahan baku menjadi terganggu. Banyak orang, termasuk anak-anak yang tinggal di luar negeri, kesulitan karena biaya hidup yang tinggi dan harus pulang ke Indonesia. Krisis ini juga memperburuk situasi industri farmasi di Indonesia karena sulitnya memproduksi bahan baku di dalam negeri. Keterbatasan teknologi dan krisis ekonomi pada masa Reformasi 1998 membuat industri obat dan alkes di Indonesia menghadapi tantangan besar. Produksi bahan baku yang murni dan berkualitas tinggi menjadi sulit, dan impor bahan baku juga terganggu. Hal ini berdampak pada ketersediaan obat dan alkes yang memadai bagi masyarakat Indonesia. Adanya kesulitan dalam memproduksi bahan baku obat secara lokal ketika nilai dolar melonjak, sehingga pemerintah lebih memilih untuk mengimpor bahan

263 *Berita Yudha*, edisi 18 Agustus 1997.
264 *Harian Analisa*, edisi 5 Januari 1998.
265 Hugh Waters, Fadia Saadah and Menno Pradhan, "The Impact of the 1997-98 East Asian Economic Crisis on Health and Healthcare in Indonesia", *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No. 2 (June, 2003), hlm. 172.
266 Lepi T. Tarmidi, "Krisis Moneter Indonesia: Sebab, Dampak, Peran IMF dan Saran", *Pidato pengukuhan Guru Besar Madya* pada FEUI, Jakarta, 10 Juni 1998.

baku dari negara lain karena biaya produksi dalam negeri yang lebih tinggi[267].

Program kesehatan yang dilaksanakan antara tahun 2000-2004 bertujuan untuk memperkuat pengawasan terhadap obat, makanan, dan zat adiktif demi mewujudkan kehidupan masyarakat yang sehat. Program ini dirancang untuk melindungi masyarakat dari penyalahgunaan obat-obatan, narkotika, psikotropika, zat adiktif (NAPZA), dan bahan berbahaya lainnya. Selain itu, program ini juga bertujuan untuk memastikan produk farmasi, makanan, dan alat kesehatan (farmalkes) yang beredar memenuhi standar mutu dan keamanan. Di sisi lain, upaya ini juga menjamin ketersediaan, keterjangkauan, serta pemerataan obat-obatan berkualitas yang diperlukan masyarakat, sekaligus mendorong peningkatan daya saing industri farmasi nasional, terutama yang berbasis pada sumber daya alam lokal.[268]

Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) didirikan berdasarkan Keputusan Presiden No. 103 Tahun 2001, yang menetapkan posisi, tugas, fungsi, kewenangan, serta susunan organisasi BPOM sebagai lembaga pemerintah non-departemen. Keputusan ini telah mengalami beberapa revisi, terakhir melalui Peraturan Presiden No. 3 Tahun 2013. Fungsi dan tugas pokok BPOM dijelaskan dalam Keputusan Presiden No. 110 Tahun 2001, yang juga telah direvisi beberapa kali, dengan perubahan terbaru dalam Peraturan Presiden No. 4 Tahun 2013. Salah satu unit di BPOM, yaitu Direktorat Pemberdayaan Masyarakat dan Pelaku Usaha Pangan Olahan (PMPUPO), beroperasi di bawah Kedeputian Pengawasan Pangan Olahan. Direktorat ini dibentuk dengan mengacu pada Peraturan BPOM No. 21 Tahun 2020, yang mengatur struktur organisasi dan tata kerja BPOM. Pada tahun 2017, Peraturan Presiden No. 80 dan Instruksi Presiden No. 3 tentang peningkatan efektivitas pengawasan obat dan makanan memberikan dorongan untuk melakukan berbagai pembaruan dalam organisasi BPOM, termasuk perbaikan dalam struktur dan tata kelola. Sebagai bagian dari penerapan kebijakan tersebut, BPOM mengeluarkan Peraturan BPOM No. 21 Tahun 2020 untuk memperkuat kerangka organisasi dan sistem kerjanya[269].

Beberapa sasaran yang ingin dicapai oleh program ini meliputi: pengendalian distribusi obat dan NAPZA; pencegahan penyalahgunaan dan kesalahan penggunaan NAPZA; pengurangan risiko akibat penggunaan bahan kimia berbahaya yang tidak sesuai standar; serta terjaminnya mutu produk farmasi dan alat kesehatan yang beredar di masyarakat. Selain itu, masyarakat juga

267 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Faried Anfasa Moeloek, Sp.OG, Menteri Kesehatan RI Periode 1998-1999, pada 22 Agustus 2024.

268 Broto Wasisto, dkk, *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia 1973-2012*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

269 Badan POM diakses melalui: https://pmpupo.pom.go.id/latarbelakang

dihindarkan dari informasi yang tidak objektif terkait penggunaan farmalkes, dan efisiensi pembiayaan obat ditingkatkan. Program ini juga berfokus pada penerapan praktik pengaturan yang baik (*good regulatory practice*) serta praktik pengelolaan yang baik (*good management practice*), yang didukung oleh pelayanan perizinan/registrasi yang profesional dan tepat waktu. Program ini juga menargetkan pengakuan internasional terhadap kemampuan pengujian oleh Pusat Pemeriksaan Obat dan Makanan (PPOM) dan Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan (BPOM) dalam sistem akreditasi global. Di sisi industri, diharapkan potensi daya saing industri farmasi nasional meningkat dalam menghadapi tantangan globalisasi. Selain itu, jaminan mutu juga diutamakan pada seluruh rantai produksi, pengadaan, dan distribusi produk farmakes. Terakhir, program ini memastikan ketersediaan obat esensial generik bagi layanan kesehatan dasar di sektor publik dan terjaminnya pengelolaan obat yang baik di tingkat kabupaten/kota dalam rangka mendukung desentralisasi.[270]

1. Desentralisasi

Krisis ekonomi yang terjadi pada 1998 juga berdampak terhadap sistem kesehatan Indonesia. Sistem kesehatan Indonesia pada masa itu dicirikan pada ketergantungan yang besar terhadap sumber-sumber swasta, berorientasi pada pasar dan bermotif pada keuntungan semata. Hal ini terutama disebabkan karena investasi publik di bidang kesehatan sangat rendah. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan pada tahun 2000 hanya 0,6% dari PDB atau 20% dari total pengeluaran kesehatan, yaitu US$ 7,6 per kapita per tahun. Angka-angka ini secara substansial berada di bawah rata-rata negara berpenghasilan rendah dan menengah (2,5% dari PDB, 47,2% dari total pengeluaran kesehatan, dan US$ 34,9). Rendahnya pengeluaran pemerintah ini menyebabkan sektor swasta bertanggung jawab atas sekitar 80% dari total pengeluaran kesehatan. Pengeluaran ini bergantung pada anggaran rumah tangga karena sistem asuransi kesehatan publik masih belum berkembang dan cakupannya hanya sekitar 20,2% dari populasi.[271]

Rendahnya pengeluaran pemerintah menyebabkan prioritas pembangunan kesehatan lebih banyak diberikan kepada sistem pelayanan kesehatan primer. Layanan kesehatan masyarakat yang terintegrasi di tingkat primer tersedia di semua kabupaten hingga tingkat desa dan pembiayaannya terdistribusi secara adil di seluruh kelas sosial. Sebaliknya, layanan kesehatan primer swasta dan

270 Broto Wasisto, *op.cit*., hlm. 250.
271 Asih Eka Putri, dkk. "*The Prices People Have To Pay For Medicines in Indonesia*". Jakarta: WHO Jakarta/Health Action International, hlm. 5.

layanan kesehatan sekunder dan tersier (spesialisasi dan rawat inap) sebagian besar dibiayai oleh biaya sendiri *(out-of-pocket)* melalui model pembayaran layanan. Akibatnya, pasar dan kinerja yang dimotivasi oleh keuntungan memandu layanan kesehatan.[272]

Pada 2004-2005, mekanisme pengendalian harga obat di Indonesia terutama difokuskan pada sektor kesehatan masyarakat untuk pengadaan obat generik esensial untuk puskesmas, program kesehatan vertikal dan program jaring pengaman sosial (asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin), 153 obat generik tidak bermerek untuk sektor publik dan swasta yang harganya dikontrol oleh pemerintah. Sayangnya, penggunaan obat-obatan ini kurang populer di sektor swasta. Tidak ada peraturan pemerintah mengenai harga obat untuk 216 obat lainnya dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)[273] untuk sektor swasta dan tidak ada peraturan mengenai harga obat bermerek. Akibatnya, pasar memainkan peran penting dalam penentuan harga obat untuk obat-obatan yang tidak diatur di Indonesia. Kurangnya regulasi harga obat ini mempengaruhi keterjangkauan dan ketersediaan obat, yang merupakan faktor yang mempengaruhi akses masyarakat terhadap obat esensial.[274]

Namun berdasarkan buku *"Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia, 1973-2009"*, pada tahun 2002, Indonesia dinilai berhasil menjaga ketersediaan obat esensial, baik sebelum maupun setelah pelaksanaan desentralisasi, terutama di tingkat Puskesmas dan rumah sakit. Selama periode 1999-2003, ketersediaan obat esensial di Puskesmas mencapai 80 persen. Selain itu, kesesuaian antara obat yang tersedia dengan profil penyakit di wilayah tersebut meningkat dari 74% menjadi 81% setelah desentralisasi pada tahun 2000.[275] Hal ini sesuai dengan hasil survei ketersediaan dan penggunaan obat menunjukkan bahwa sebelum maupun selama krisis ekonomi di Indonesia antara tahun 1997 sampai 2002, ketersediaan obat esensial di Puskesmas mencapai lebih dari 80 persen dan lebih dari 90 persen obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial. Namun hal ini tidak diimbangi pada pelayanan kesehatan dasar lainnya, dalam penggunaan peresepan obat esensial. Hal ini ditunjukkan dengan peresepan obat esensial di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49% dan apotek kurang dari 47%. Keadaan ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial saat itu

272 Asih Eka Putri, dkk. *Ibid*.

273 Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) merupakan daftar yang berisikan obat terpilih paling dibutuhkan dan diupayakan tersedia di unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. DOEN merupakan standar nasional minimal untuk pelayanan kesehatan, baca selengkapnya di Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 312/Menkes/SK/IX/2013 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2013.

274 Asih Eka Putri, dkk., *op.cit*., hlm. 6.

275 Broto Wasisto, dkk., *op.cit*., hlm 317.

belum sepenuhnya diterapkan dan dipahami.[276]

Di Indonesia ketersediaan obat esensial juga masih rendah, ditunjukan dari rata-rata ketersediaan obat tahun 2008 masih belum mencukupi yaitu 78% dari kebutuhan riil pengobatan dasar. Menurut Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan bahwa ketersediaan obat sesuai kebutuhan dasar paling tidak sekitar 90%. Ketersediaan obat esensial yang rendah ini mendorong berbagai pihak untuk mengoptimalkan sistem pengelolaan obat yang ada.[277] Pada penerapan desentralisasi dalam struktur organisasi dan kebijakan pengelolaan obat mulai dari perencanaan, pendistribusian dan pelayanan obat langsung diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota. Desentralisasi ini diharapkan dapat mengubah birokrasi pengelolaan obat yang fleksibel bisa menjamin ketersediaan, pemerataan mutu dan keterjangkauan harga obat khususnya obat esensial pada sarana kesehatan dasar.[278]

Beberapa laporan dari lembaga internasional mengindikasikan bahwa sebagian besar harga obat di Indonesia berada dalam rata-rata harga internasional. Namun, masih ada pandangan yang menyatakan bahwa harga obat di Indonesia dianggap terlalu tinggi, terutama jika dibandingkan dengan negara seperti India.[279]

Selain itu, setelah desentralisasi sektor kesehatan diberlakukan pada tahun 2000, pemerintah daerah diizinkan untuk membeli obat-obatan untuk Puskesmas dan memperluas daftar barang dan produk. Pengadaan obat pusat dan toko obat publik yang berada di tingkat kabupaten dan dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Obat-obatan tersebut didistribusikan ke puskesmas di dalam kabupaten dan akhirnya ke pasien tanpa biaya atau dengan biaya tetap per kunjungan. Di beberapa daerah, terutama di kota-kota besar, pusat layanan kesehatan primer pemerintah memperluas layanan kuratif mereka dengan menyediakan layanan swasta. Oleh karena itu, pusat-pusat layanan kesehatan tersebut membeli beberapa obat tambahan yang tidak termasuk dalam daftar obat pemerintah atau obat generik yang setara dengan obat generik bermerek, yang harganya lebih tinggi daripada obat yang ada dalam daftar obat pemerintah. Dalam hal ini, harga yang dibayarkan oleh pasien adalah harga pembelian bersih tanpa biaya tambahan seperti biaya penanganan.[280]

Harga yang dibayarkan oleh pasien sektor publik dikumpulkan dari apotek-

276 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional

277 Achmad Nursyandi, dkk. "Ketersediaan Obat Esensial Pada Sarana Kesehatan di Kabupaten Bangka Barat", *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Volume 1 No. 3, September 2012, hlm 126.

278 Achmad Nursyandi, dkk., *op.cit*., hlm. 127.

279 Broto Wasisto, dkk, *op.cit*., hlm. 318.

280 Asih Eka Putri, dkk., *op.cit*., hlm. 11.

apotek di rumah sakit umum. Rumah sakit umum bukan merupakan bagian dari pengadaan pusat dan membeli dari distributor/grosir. Di Indonesia, rumah sakit umum diperbolehkan untuk bekerja sama dengan atau mendirikan apotek swasta di tempat mereka, apotek swasta di rumah sakit umum ini dikategorikan sebagai sektor swasta dan termasuk dalam sektor swasta.[281]

2. Pengembangan Obat Asli Indonesia

Program Tanaman Obat Keluarga (TOGA) mulai diperkenalkan secara resmi pada tahun 2000 oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. TOGA atau dikenal sebagai apotek hidup, adalah tanaman herbal yang ditanam di sekitar rumah, baik di pot; halaman; maupun kebun kecil. Tanaman ini bermanfaat sebagai obat tradisional untuk pencegahan dan pengobatan berbagai penyakit, serta dapat berfungsi sebagai bumbu masakan dan menambah nilai estetika jika ditata dengan rapi[282]. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan manfaat tanaman obat dan mendorong mereka untuk membudidayakan tanaman tersebut di lingkungan sekitar serta mendorong praktik pengobatan yang lebih mandiri dan berbasis lokal. TOGA diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2016 yang mengatur tentang upaya pengembangan kesehatan tradisional melalui asuhan mandiri dengan memanfaatkan TOGA dan keterampilan masyarakat. Beberapa contoh tanaman yang termasuk dalam kategori TOGA yaitu seperti jahe, kunyit, temulawak, kencur, kumis kucing, daun sirih, dll[283].

Pada tahun 2003, Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 mengatur penyelenggaraan pengobatan tradisional di Indonesia. Kebijakan ini bertujuan untuk membina upaya pengobatan tradisional, memberikan perlindungan kepada masyarakat, dan menginventarisasi jumlah serta jenis pengobatan tradisional yang ada. Periode 2004-2009, kebijakan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diimplementasikan melalui berbagai program pembangunan, salah satunya adalah pengembangan obat asli Indonesia. Program ini bertujuan untuk memaksimalkan pemanfaatan tanaman

281 Asih Eka Putri, dkk., *ibid*.

282 Pertapa, "Budidaya Lidah Buaya Sebagai Salah Satu Toga (Tanaman Obat Keluarga) Di Pekarangan", diakses pada https://pertanian.kulonprogokab.go.id/detil/1168/budidaya-lidah-buaya-sebagai-salah-satu-toga-tanaman-obat-keluarga-di-pekarangan

283 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Upaya Pengembangan Kesehatan Tradisional Melalui Asuhan Mandiri Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga dan Keterampilan

obat yang berasal dari Indonesia. Beberapa kegiatan utama dalam program ini mencakup penelitian dan pengembangan tanaman obat serta peningkatan promosi penggunaan obat berbahan alam.

Indonesia dikenal memiliki keanekaragaman sumber daya hayati, termasuk tanaman obat yang telah terbukti memiliki efek pengobatan, dan sebagian sudah digunakan sebagai bahan baku industri farmasi. Penggunaan obat-obatan tradisional cukup luas, terutama di daerah pedesaan, dan mulai populer di masyarakat perkotaan. Dalam beberapa dekade terakhir, industri obat tradisional yang awalnya berskala rumah tangga telah berkembang pesat menjadi industri dengan lebih dari 900 usaha kecil dan 130 industri menengah. Dari jumlah tersebut, 69 industri telah memperoleh sertifikasi *Good Traditional Medicine Manufacturing Practice* (GTMMP), menunjukkan kepatuhan terhadap standar produksi obat tradisional yang baik.[284]

Di sisi lain, kemandirian di bidang bahan baku obat dan inovasi yang diciptakan untuk terus mengembangkan bahan baku obat tradisional itu sangat diperlukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap produk obat. Maka upaya peningkatan pemanfaatan keanekaragaman hayati dalam produksi bahan baku obat, melalui pembentukan aliansi strategis penciptaan iklim yang kondusif di lapangan, serta integrasi obat tradisional melalui saintifikasi obat tradisional (jamu) dan advokasi penggunaan obat tradisional (jamu) di pelayanan kesehatan formal.[285]

Pengembangan dan peningkatan obat tradisional yang bermutu, aman, berkhasiat dan sudah memiliki sertifikat teruji secara ilmiah serta sejalan dengan sistem kesehatan nasional perlu diambil langkah kebijakan di bidang obat nasional. Keputusan ini tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 381/Menkes/SK/III/2007 tentang Kebijakan Obat Tradisional.[286] Sebagaimana yang telah tertuang di dalam UU Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, hewan, mineral, sediaan sarian atau campuran bahan tersebut yang digunakan untuk pengobatan berdasarkan tradisi turun temurun dari leluhur.

Penggunaan obat tradisional di Indonesia merupakan bagian dari budaya bangsa dan sudah banyak dimanfaatkan oleh masyarakat secara turun temurun sejak berabad-abad yang lalu. Dalam perkembangan pemanfaatan obat

284 Asih Eka Putri, dkk., *ibid*.
285 Kementerian Kesehatan RI, "*Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat*", (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2010) hlm 24.
286 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 381/Menkes/SK/III/2007 tentang Kebijakan Obat Tradisional Nasional.

tradisional ini, tidak diimbangi dengan penelitian yang memadai, oleh karena itu Indonesia sebagai mega-senter tanaman obat di dunia perlu menyusun suatu kebijakan obat tradisional yang dapat menjadi acuan semua pihak. Kebijakan Obat Tradisional Nasional selanjutnya disebut sebagai KOTRANAS bertujuan untuk:[287]

1. Mendorong pemanfaatan SDA dan ramuan tradisional secara berkelanjutan (*sustainable use)* untuk digunakan sebagai obat tradisional dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan
2. Menjamin pengelolaan potensi alam Indonesia
3. Tersedianya obat tradisional yang terjamin mutu, khasiat dan keamanannya serta teruji secara ilmiah dan dimanfaatkan secara luar baik untuk pengobatan sendiri maupun dalam pelayanan kesehatan formal.
4. Menjadikan obat tradisional sebagai komoditi unggul yang memberikan multi manfaat yaitu meningkatkan pertumbuhan ekonomi masyarakat,

KOTRANAS adalah kebijakan yang mengatur secara menyeluruh pengelolaan obat tradisional dari hulu ke hilir. Kebijakan ini mencakup berbagai aspek penting, mulai dari budidaya dan konservasi sumber daya obat, hingga keamanan, khasiat, dan mutu obat tradisional. Selain itu, di dalam kebijakan ini juga memastikan aksesibilitas obat tradisional bagi masyarakat serta penggunaannya yang tepat melalui edukasi yang baik pula. Pengawasan dilakukan untuk menjamin kepatuhan terhadap standar yang berlaku, sementara penelitian dan pengembangan terus didorong untuk meningkatkan kualitas serta inovasi dalam bidang ini. Kebijakan ini juga mendukung industrialisasi dan komersialisasi obat tradisional agar lebih kompetitif di pasar, dengan didukung oleh dokumentasi dan database yang sistematis. Pengembangan sumber daya manusia menjadi prioritas untuk menciptakan tenaga ahli yang kompeten, dan pemantauan serta evaluasi rutin dilakukan untuk memastikan efektivitas kebijakan. Dengan demikian, munculnya kebijakan ini bertujuan mendorong pengembangan obat tradisional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang holistik dan berkelanjutan di Indonesia.[288]

3. Penanganan Flu Burung

Pada tahun 2005, Indonesia menghadapi wabah flu burung (H5N1) yang mengkhawatirkan, yang memicu perhatian global dan respons dari organisasi

287 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 381/Menkes/SK/III/2007 tentang Kebijakan Obat Tradisional Nasional.

288 Departemen Kesehatan RI, "*Kebijakan Obat Tradisional Nasional Tahun 2007*", (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2007).

kesehatan internasional seperti WHO. Di tahun yang sama, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1371/MENKES/SK/IX/2005 tentang Penetapan Flu Burung *(Avian Influenza)* sebagai penyakit yang dapat menimbulkan Wabah beserta dengan pedoman penanggulangannya.[289] Pedoman ini mencakup peningkatan surveilans, biosecurity, vaksinasi, penyediaan obat antiviral , dan pelatihan petugas kesehatan. Dalam konteks ini, terdapat beberapa isu penting terkait pengadaan obat dan vaksin untuk menangani flu burung.

a. Vaksinasi

Menganjurkan pemberian vaksinasi influenza kepada orang-orang yang beresiko tinggi tertular flu burung guna menurunkan resiko terjadinya reassortment (mutasi) virus tersebut. Pada saat itu departemen kesehatan belum memprogramkan pemberian vaksinasi influenza pada manusia karena selain belum ada vaksin yang strain virusnya dari indonesia, juga perlu dipertimbangkan hal-hal lainnya seperti pembiayaan, efektivitas vaksin, dan lain-lain.

b. Penyediaan obat antiviral

Telah didistribusikan obat oseltamivir di setiap rumah sakit rujukan (44 RS Rujukan SARS) sebagai kesiapsiagaan pengobatan kasus Avian Influenza. Pengobatan menggunakan obat antivirus dan obat simtomatis. Obat antivirus yang dianjurkan untuk flu burung dari peraturan ini adalah *oseltamivir* dengan pemberian 2x75 mg/hari selasa 7 hari atau zanamivir inhalasi.[290]

Namun rumah sakit rujukan tersebut masih kekurangan alat-alat kesehatan dan tambahan *stockpiling* obat *oseltamivir.* Untuk menanggulangi masalah tersebut dan kesiapan apabila terjadi pandemi flu burung, Departemen Kesehatan melalui Surat Permohonan Bantuan Dana yang dilayangkan ke Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI pada 15 September 2006.[291] Dalam surat ini, Menkes Siti Fadilah Supari menyampaikan permohonan bantuan dana dari alokasi dana bencana yang berada di Kementerian Kesejahteraan Rakyat sebesar Rp. 100 milyar. Dana tersebut akan diperlukan untuk pembelian alat kesehatan senilai Rp. 60 milyar dan obat *oseltamivir* sebesar Rp. 40 miliar.

Oseltamivir sendiri adalah obat yang direkomendasikan untuk mengobati

289 Lihat dalam Lampiran 1 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung (*Avian Influenza*) Pada Manusia.

290 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Penetapan Flu Burung (*Avian Influenza*) sebagai Penyakit yang dapat Menimbulkan Wabah serta Pedoman Penanggulangannya.

291 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Dokumen Flu Burung*, Nomor 140. (Arsip belum diolah)

infeksi influenza, dan meskipun tidak secara khusus ditujukan untuk flu burung, obat ini dianggap sebagai salah satu solusi untuk mengurangi dampak virus influenza secara umum. Cara kerja Oseltamivir adalah dengan menyerang virus flu dan menghentikan penyebaran virus tersebut di dalam tubuh. Oseltamivir menyembuhkan flu langsung ke sumbernya dengan menyerang virus penyebab flu. Obat ini diresepkan untuk pasien yang berusia 1 tahun ke atas dan yang telah mengalami gejala flu selama dua hari.[292]

Ketika Indonesia mengalami kesulitan dalam mengatasi wabah flu burung, masih ada uluran tangan dari para negara sahabat yang membantu. Pada tahun 2005, Australia membantu dengan menyumbangkan obat Tamiflu atau Oseltamivir untuk pengobatan dan pencegahan virus flu burung yang menyediakan 40 ribu kotak dengan masing-masing kotak berisi 10 kapsul. Organisasi Kesehatan Dunia, WHO menyumbangkan 10 ribu kota obat Tamiflu.[293] Pada tahun 2006, Pemerintah Australia menjanjikan bantuan untuk mengatasi masalah flu burung sebesar Rp. 107 miliar, dari dana tersebut sudah dikeluarkan sebesarkan Rp. 62 miliar untuk mengatasi flu burung di Indonesia. Penggunaan dana Rp. 62 miliar sudah termasuk untuk bantuan yang disalurkan melalui WHO dalam mengerahkan tim cepat tanggap, pembelian 50.000 paket obat anti virus Tamiflu, serta dibuatnya Rencana Nasional Kesiapan Pandemik untuk Indonesia dan pengawasan berbasis masyarakat.[294]

Pemerintah Indonesia pada Desember 2005 mengeluarkan Rencana Strategis Nasional tentang Pengendalian Flu Burung (*Avian Influenza*) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza Tahun 2006-2008.[295] Di dalam Renstra ini, strategi pengendalian flu burung akan difokuskan pada upaya pengendalian penyakit pada hewan, penatalaksanaan kasus pada manusia, dan perlindungan kelompok resiko tinggi. Tujuan rencana strategis pada penatalaksanaan kasus yang menjangkiti manusia adalah kecepatan dan ketepatan diagnosa penyakit serta melaksanakan tatalaksana kasus sesuai standar. Maka kegiatan pokok yang disusun dalam Renstra ini salah satunya adalah pengadaan obat antiviral.

Sementara itu, pada tahun 2007, Presiden Susilo Bambang Yudhoyono, mendapatkan bantuan hibah dari pemerintah Jepang sebesar Rp 1,7 Miliar Yen untuk menangani masalah flu burung di Indonesia. Hal ini disampaikan langsung oleh Perdana Menteri Shinzo Abe dalam jumpa pers bersama Presiden Susilo

292 "Tamiflu, Obat Antivirus Nomor 1 untuk Penyembuhan Flu" *detik.com* pada 21 September 2005, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-445725/tamiflu-obat-antivirus-nomor-1-untuk-penyembuhan-flu

293 https://www.dw.com/id/upaya-penanggulangan-virus-flu-burung/a-2935613

294 https://indonesia.embassy.gov.au/jaktindonesian/SM06_045.html

295 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Kemenkes RI* tahun 2017, Nomor 3 (Arsip belum diolah)

Bambang Yudhoyono di Istana Negara Jakarta.[296]

c. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Dalam penanganan Flu Burung, Alat Pelindung Diri (APD) seperti masker, sarung tangan, dan pakaian pelindung sangat penting untuk mencegah penularan virus. Namun di dalam Lampiran I Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1371/MENKES/SK/IX/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung *(Avian Influenza)* pada Manusia tidak disampaikan secara gamblang apa saja yang dimaksud APD pada saat itu.[297] Di dalam lampiran ini disebutkan bahwa untuk para pekerja yang bekerja di peternakan unggas dan semua orang yang terlibat didalamnya. Diharuskan menggunakan masker dan pakaian pelindung, sarung tangan, kacamata renang (*goggles*), topi, sepatu pelindung dan harus melalui tindakan desinfeksi dan sanitasi.

Pada tahun 2004, Pemerintah Jepang telah memutuskan untuk memberikan bantuan kepada Indonesia terhadap usaha dalam mengendalikan dan memberantas Flu Burung dengan membiayai tidak proyek, salah satunya adalah Pengadaan Alat Perlindungan Keselamatan. Pengadaan alat ini untuk melindungi pekerja beresiko tinggi seperti para dokter hewan, paramedis dan petugas laboratorium dari infeksi flu burung selama kegiatan.[298] Baik kegiatan pengawasan, pembasmian dan juga monitoring setelah vaksinasi di propinsi yang terinfeksi. Pemerintah Jepang memberikan hibah bantuan ini yang diharapkan dapat membantu memfasilitasi usaha Pemerintah Indonesia untuk mengatasi kasus ini. Total hibah pengadaan alat perlindungan kesehatan dari Pemerintah Jepang sebesar Rp. 662 juta (kira-kira US 78.906). Pengadaan barang hibah berupa baju pelindung, kacamata pelindung, masker pelindung, sarung tangan pelindung, topi pelindung dan sepatu pelindung.

Direktur Bina Pelayanan Medik Dasar selaku Kuasa Pengguna Anggaran pada 24 Maret 2006, melayangkan surat kepada Bapak Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.[299] Di dalam surat ini berisi perihal pelaporan akan dilaksanakan kegiatan pengadaan peralatan untuk penanganan flu burung. Dimana dana yang tersedia sebesar Rp. 40.659.000 dari Rp. 44 miliar telah

296 "Jepang Hibahkan 1,7 Miliar Yen Atasi Flu Burung di Indonesia", *antaranews.com*, edisi 20 Agustus 2007, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/74333/jepang-hibahkan-17-miliar-yen-atasi-flu-burung-di-indonesia, pada 15 Oktober 2024.

297 Lihat dalam Lampiran 1 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung (*Avian Influenza*) Pada Manusia.

298 "Jepang Memberi Bantuan Kepada Pemerintah Indonesia Untuk 3 Proyek Pengendalian dan Pemberantasan Flu Burung", id.emb-japan.go.jp, edisi 12 Maret 2004 diakses melalui https://www.id.emb-japan.go.jp/news04_10.html diakses pada 15 Oktober 2024.

299 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Dokumen Flu Burung*, Nomor 140. (Arsip belum diolah)

digunakan untuk pengadaan alat bagi 44 Rumah Sakit Rujukan Flu Burung dan sisanya digunakan untuk aspek lainnya yang berkaitan dengan penanganan flu burung. Pengadaan alat bagi 44 RS Rujukan Flu Burung, meliputi:

1. Ventilator = 25 unit
2. Ultra Violet Room = 31 unit
3. Mobile X-Ray = 23 unit
4. Blood Gas Analyser = 10 unit
5. Bedside Monitor = 23 unit
6. TT ICU = 4 unit
7. PPE[300] = 43 paket

Selain itu, didalam surat ini termuat juga permohonan rekomendasi yang dilayangkan kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, agar proses pengadaannya dapat dilakukan dengan proses penunjukan langsung. Dalam hal ini Direktur Bina Pelayanan Medik Dasar meminta Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI tersebut berkomunikasi langsung dengan Menteri Kesehatan RI, agar dapat dilakukan percepatan pengadaan alat.

Namun karena persediaan APD yang digunakan masih terbatas, Departemen Kesehatan RI juga mengupayakan penambahan jumlah APD secara mandiri. Hal ini terlihat dalam surat yang dibuat oleh Direktur Bina Pelayanan Medik Dasar Depkes RI ke Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI pada 2 Mei 2006.[301] Surat tersebut memuat dua hal substansial, pertama laporan penggunaan dana sebesar Rp. 44 miliar untuk alokasi peralatan medik, PPE dan Ruang Isolasi dari 44 Rumah Sakit Rujukan untuk Flu Burung. Kedua berisi tentang permohonan tambahan anggaran sebesar Rp. 16.6 miliar untuk pengadaan tambahan untuk peralatan medik dan PPE dalam penanganan Flu Burung.

4. Pencantuman Harga Eceran Tertinggi (HET) pada Label Obat

Guna meningkatkan akses masyarakat pada obat, Departemen Kesehatan terus berupaya menekan harga obat. Selain membuat aturan yang terkait dengan harga obat generik, Departemen Kesehatan juga tengah menata aturan yang mewajibkan produsen menetapkan harga eceran tertinggi pada label obat. Sepanjang tahun 2006, harga obat generik dapat diturunkan 50 persen, sedangkan obat generik bermerek dari industri farmasi nasional turun sampai 80 persen.[302]

Hal itu dilakukan karena harga obat di Indonesia tertinggi di dunia

300 PPE adalah *Personal Protective Equipment*
301 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Dokumen Flu Burung*, Nomor 140. (Arsip belum diolah).
302 *Harian Kompas*, edisi 17 Januari 2007.

sehingga memberatkan konsumen. Untuk menjamin kepastian harga obat, Siti Fadilah mengeluarkan tiga Keputusan Menkes, yaitu tentang Harga Obat Generik, Pencantuman Harga Eceran Tertinggi pada Label Obat, dan Pedoman Pelaksanaan Pencantuman Nama Generik pada Label Obat.[303] Keputusan ini tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 069/Menkes/SK/II/2006 tentang Pencantuman HET untuk memberikan transparansi harga obat kepada masyarakat.[304] Banyaknya variasi harga obat yang beredar di apotek dan pasar mengakibatkan ketidakpastian bagi masyarakat dalam memperoleh obat yang dibutuhkan.

Oleh karena itu, perlu ada pencantuman HET untuk memberikan informasi harga yang jelas dan transparan. Dengan adanya HET, diharapkan masyarakat dapat lebih mudah mengakses obat dengan harga yang terjangkau contohnya seperti menciptakan kemasan obat sakit kepala berisi 4 tablet dari yang awalnya 10 tablet dengan harga seribu rupiah, yang memungkinkan produsen mendapatkan keuntungan meskipun harga sangat terjangkau.[305] Pencantuman HET pada label obat harus dilakukan dengan ukuran yang cukup besar dan warna yang jelas agar mudah dibaca oleh konsumen. HET harus diletakkan pada tempat yang mudah terlihat pada kemasan obat. Kebijakan ini berlaku untuk semua jenis obat, baik obat bebas maupun obat resep (*ethical*). HET ditetapkan berdasarkan Harga Netto Apotek (HNA) ditambah Pajak Pertambahan Nilai (PPN) sebesar 10% dan margin apotek sebesar 25%.

Ini memastikan bahwa harga yang dicantumkan adalah harga maksimum per kemasan. Dalam waktu enam bulan sejak ditetapkannya peraturan ini, pabrik obat harus mencantumkan HET pada label obat yang diproduksi dan diedarkan. Jika produsen atau pengecer menjual produk di atas HET, mereka dapat dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk denda atau pencabutan izin usaha.[306]

Maka adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 069/Menkes/SK/II/2006 tentang HET ini menjadi langkah penting dalam meningkatkan transparansi harga obat di Indonesia. Lebih lanjut lagi, pencantuman HET ini untuk memberi kepastian kepada masyarakat mengenai harga obat yang wajar dan terjangkau. Adapun dengan pencantuman nama generik, masyarakat bisa memilih obat berkandungan zat yang sama dengan harga sesuai dengan

303 *Harian Kompas*, edisi 17 Januari 2007.
304 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 069/Menkes/SK/II/2006 tentang Pencantuman Harga Eceran Tertinggi (HET) Pada Label Obat.
305 Wawancara dengan Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp. JP(K), Menteri Kesehatan RI Periode 2004-2009, pada 25 September 2024.
306 Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 069/Menkes/SK/II/2006 tentang Pedoman Tata Cara Pencantuman Harga Eceran Tertinggi Pada Label Obat.

kemampuannya.[307] Meskipun aturan mengenai pencantuman HET pada label obat telah diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 069/Menkes/SK/II/2006, pelaksanaannya masih belum sepenuhnya efektif. Seringkali, HET tidak tercantum pada label obat yang beredar, menyebabkan kebingungan bagi konsumen terkait harga yang seharusnya dibayar.

Harga obat yang berfluktuasi di pasaran terkadang menambah beban finansial bagi masyarakat yang membutuhkannya. Manfaat dari pencantuman HET adalah untuk memberikan konsumen informasi yang jelas mengenai batas harga maksimum, sehingga mereka dapat memastikan obat tidak dijual dengan harga yang terlalu tinggi. Meskipun peraturan ini penting untuk melindungi konsumen, banyak perusahaan farmasi belum sepenuhnya mematuhi penerapan HET, yang mengurangi transparansi harga dan merugikan konsumen. Penerapan yang lebih ketat sangat diperlukan untuk memastikan kesejahteraan konsumen dan meningkatkan transparansi harga obat di pasaran. Namun, ketika peraturan ini tidak diterapkan dengan baik, banyak produsen gagal memberikan informasi yang memadai kepada konsumen, sering kali dengan menggunakan label yang tidak memenuhi standar yang ditetapkan.[308]

5. Perkembangan Apotek Rakyat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 284/Menkes/PER/III/2007, Apotek Rakyat merupakan sarana kesehatan tempat dilaksanakannya pelayanan kefarmasian dimana dilakukan penyerahan obat dan perbekalan kesehatan dan tidak melakukan peracikan serta tidak boleh menyimpan dan menyerahkan narkotika dan psikotropika.[309] Untuk mendirikan apotek rakyat, pemilik toko obat harus melengkapi syarat administrasi yang ditetapkan oleh BPOM dan mengantongi izin dari kepala dinas kesehatan kabupaten atau kota setempat tanpa biaya serta adanya sarana dan prasarana komoditas, lemari obat, dan lingkungan bersih.[310] Selain itu, juga terdapat lima hal kebijakan konkret dan operasional dalam pendirian apotek rakyat, yakni:

1. Standarisasi apotek rakyat: Pendirian apotek rakyat diberikan kemudahan tanpa pungutan, namun tetap harus memenuhi standar minimum yang memastikan keselamatan publik, seperti ruang peracikan dan penyimpanan

307 *Harian Kompas*, edisi 17 Januari 2007.
308 Rengga Arif Rahmat Hidayat, Rachmat Ihya, "Perlindungan Hukum Terhadap Konsumen Pengguna Obat yang Beredar Luas di Pasaran", *Jurnal Universitas Sunan Giri Surabaya*, (2024) Vol. 2, No. 2, hlm. 249 - 250.
309 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/Menkes/Per/III/2007 tentang Apotek Rakyat.
310 *Harian Kompas*, edisi 4 April 2007.

obat yang steril, serta kewajiban memiliki tenaga apoteker yang berkualitas.
2. Standarisasi pengawasan: Program apotek rakyat yang akan meningkatkan jumlah apotek harus disertai dengan sistem pengawasan yang ketat dan terorganisir. Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan BPOM perlu segera menetapkan standar pengawasan terpadu sebagai pedoman bagi pengelola apotek rakyat.
3. Akreditasi apotek rakyat: Proses akreditasi apotek rakyat sangat penting untuk menjaga kualitas dan keamanan konsumen. Akreditasi ini harus dilakukan secara berkala, seperti setiap enam bulan, untuk mendeteksi penyalahgunaan operasional atau penjualan obat-obatan ilegal.
4. Peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM): Diperlukan SDM yang kompeten, beretika, dan berpengetahuan luas di bidang kefarmasian untuk mendukung perkembangan ilmu kedokteran dan industri farmasi yang pesat. Pemerintah dan institusi pendidikan harus mempersiapkan tenaga kerja yang profesional di bidang ini.
5. Penegakan etika profesi: Integritas dan komitmen moral yang tinggi diperlukan dalam menjalankan apotek rakyat. Meskipun pengawasan ketat diterapkan, jika etika profesi tidak dijunjung tinggi, praktik-praktik ilegal akan sulit dihilangkan. Apotek rakyat harus diorientasikan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, bukan sekadar mencari keuntungan.[311]

Latar belakang adanya Apotek Rakyat adalah untuk meningkatkan dan memperluas akses mendapat obat sehingga warga mendapat layanan kefarmasian yang baik dan benar.[312] Terlebih lagi, upaya dari Apotek Rakyat juga dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam mendapatkan obat yang murah dan bermutu sehingga kebijakan ini sangat menjanjikan serta berpotensi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.[313] Selain itu, keberadaan apotek rakyat diharapkan dapat mengatasi masalah fluktuasi harga obat yang tidak menentu, serta melindungi masyarakat dari peredaran obat-obatan palsu, kadaluarsa, atau yang tidak memiliki izin edar.[314] Salah satu contoh berdirinya Apotek Rakyat yang diresmikan oleh Menkes Siti Fadilah Supari adalah Apotek Rakyat yang ada di Pasar Pramuka, Jakarta.

Kawasan Pasar Pramuka dikenal sebagai pusat penjualan obat dengan

311 *Harian Kompas*, edisi 16 Juni 2007.
312 *Harian Kompas*, edisi 17 September 2016.
313 DKI Jakarta tercatat memiliki 396 toko obat tak berizin, 107 toko diantaranya berada di Pasar Pramuka, dikutip dari *Harian Kompas*, edisi 16 Juni 2007.
314 "Resmikan Apotek Rakyat, Menkes Imbau Tak Jual Obat Palsu", *news.detik.com* pada 3 April 2007.



Foto 2.12. Apotek Rakyat Gloria di Jakarta Barat.
Sumber: Koleksi Antara

harga terjangkau. Namun, di tempat ini juga beredar obat-obat ilegal, obat keras yang dijual tanpa resep dokter, serta obat palsu. Terdapat 107 toko obat di Pasar Pramuka yang tidak memiliki izin resmi.[315] Dengan diterapkannya konsep Apotek Rakyat, sekitar 26 apotek yang terdiri atas tiga hingga empat toko obat beroperasi di kawasan pasar tersebut.[316]

Konsep Apotek Rakyat pada dasarnya berusaha mendorong kewirausahaan di kalangan apoteker lokal agar mereka dapat memiliki dan mengelola apotek sendiri. Namun dalam praktiknya, Apotek Rakyat tidak boleh membuka gerainya tanpa dukungan dan peran serta apoteker sebagai penanggung jawab tenaga kesehatan di bidang kefarmasian. Pelaksanaan program apotek rakyat dikhawatirkan akan memperburuk mutu pelayanan obat, dan bisa jadi ajang legalisasi peredaran obat ilegal jika tidak dikontrol dengan baik. Oleh karena itu, institusi pengawas dan asosiasi profesi apoteker harus terlibat dalam pengawasan pelaksanaan program ini. Pengawasan dari apoteker merupakan salah satu cara mencegah hal-hal yang diakibatkan oleh salah pemakaian obat. Karakteristik obat yang berbeda-beda mengharuskan apoteker terlibat dalam pemberian obat atau peresepannya. Contohnya adalah pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan secara sembarangan. Oleh karena hal tersebut, Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari menyatakan, pengawasan apotek rakyat dilakukan Departemen Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan (Badan POM), dinas kesehatan setempat, organisasi profesi, dan apoteker.[317]

Peran seorang Apoteker sangat penting dalam perkembangan Apotek terutama pada saat penerapan kebijakan Apotek Rakyat ini. Apoteker adalah

315 *Harian Kompas*, edisi 4 April 2007.
316 *Harian Kompas*, edisi 4 April 2007.
317 *Harian Kompas*, edisi 5 April 2007.



Foto 2.13. Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari bersama dengan salah satu Pemilik Toko Obat Apotek Rakyat, di Pasar Pramuka, Jakarta. Sumber: Koleksi Antara

sarjana farmasi yang telah lulus pendidikan profesi dan telah mengucapkan sumpah berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku dan berhak melakukan pekerjaan kefarmasian di Indonesia sebagai apoteker. Adanya peraturan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 284/Menkes/Per/III/2007 tentang Standar dan Persyaratan Apotek Rakyat bertujuan untuk menjadi pedoman bagi toko obat milik perorangan atau usaha kecil yang ingin meningkatkan pelayanan dan status usahanya menjadi Apotek Rakyat lebih baik lagi. Apotek rakyat dalam pelayanan kefarmasiannya harus mengutamakan obat generik yang biasa beredar di masyarakat.

Selain itu di dalam satu Apotek Rakyat terdapat minimal harus memiliki satu orang penanggung jawab yaitu seorang apoteker yang dapat dibantu oleh asisten apoteker dalam pelayanannya. Dalam kemudahan akses ke masyarakat, lokasi pemilihan apoteker harus strategis dan mudah dijangkau yang disertai papan informasi jelas dilihat oleh masyarakat mengenai keberadaan apotek ini.[318]

Foto 2.14 merupakan contoh pemberian informasi mengenai lokasi Apotek Rakyat Ahmadyani yang mudah dilihat dan dijangkau oleh masyarakat. Selain itu, pada papan plang nama itu juga berisikan nama pengelola apotek dan memiliki nomor izin praktek apotek yang tercantum pada papan. Alamat apotek ini berada di Jl. Ahmad Yani Nomor 24, Gelangan, Kec. Magelang Tengah, Kota Magelang, Jawa Tengah.

Berbicara kembali mengenai apoteker di dalam pengoperasian Apotek Rakyat bertanggung jawab terhadap 4 (empat) sarana apotek, karena apotek rakyat dapat merupakan satu atau bahkan gabungan dari pedagang eceran obat.

318 Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/Menkes/Per/III/2007 tentang Standar dan Persyaratan Apotek Rakyat.



Foto 2.14: Plang Nama Apotek Rakyat Ahmadyani. Sumber: https://www.goalkes.com/apotek/apotek-rakyat-ahmadyani-dnqry

Sehingga dalam pelayanannya, apoteker akan kurang maksimal karena tidak mungkin seorang apoteker akan melayani pembelian obat secara bersamaan di tempat yang berbeda. Maka fungsi, seorang apoteker sebagai sarana informasi obat kepada masyarakat tidak tercapai sempurna dan fungsi pengawasan untuk melindungi masyarakat dari obat-obatan palsu, kadaluarsa, tidak jelas asal-usulnya serta mencegah penyalahgunaan obat, akan sulit untuk dicapai pula.[319] Langkah tersebut juga penting untuk memastikan masyarakat mendapatkan obat yang aman dan berkualitas, serta mengurangi risiko peredaran obat palsu, kadaluarsa, dan penyalahgunaan obat yang dapat membahayakan kesehatan.

6. Pekerjaan Kefarmasian

Pekerjaan Kefarmasian yang dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 merupakan pekerjaan kefarmasian meliputi pembuatan, pengendalian mutu, pengamanan, pengadaan, distribusi, pengelolaan, dan pelayanan sediaan farmasi (obat, bahan obat, obat tradisional, kosmetika). Pelayanan kefarmasian harus dilakukan oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.[320] Peraturan ini mengatur pekerjaan kefarmasian yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan primer. Peraturan ini juga ditujukan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 63 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Tujuan dari munculnya peraturan untuk memberikan perlindungan

319 Anggi Restiasari, R. Ismiadi S, dan Ahmad Gozali, "Kepastian Hukum Apotek Rakyat dan Pekerjaan Kefarmasian", *Soepra: Jurnal Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata*, Vol. 3 No. 1 (2017) hlm. 3.

320 Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.

kepada pasien dan masyarakat, dalam memastikan penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi yang ada, serta memberikan kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian dan masyarakat. Siapa yang disebut sebagai tenaga kefarmasian di dalam pelayanan kefarmasian, yaitu: Apoteker yang bertanggung jawab atas pelayanan obat berdasarkan resep dokter, serta harus menerapkan standar operasional yang selalu diperbarui sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Pelayanan kefarmasian dapat dilakukan di apotek, rumah sakit, puskesmas, klinik, atau toko obat. Selain itu dalam Peraturan Pemerintah ini, juga disebutkan bahwa pekerjaan kefarmasian diartikan sebagai aktivitas yang melibatkan pembuatan, pengendalian mutu, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, dan pendistribusian atau penyaluran obat, serta pengelolaan dan pelayanan obat.

Setiap tenaga kefarmasian yang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di Indonesia wajib memiliki surat izin sesuai tempat pekerjaan. Surat izin ini dapat berupa SIPA (Surat Izin Profesion Apoteker) bagi apoteker yang melakukan pekerjaan kefarmasian di apotek, puskesmas, atau instalasi farmasi rumah sakit, atau SIK (Surat Izin Khusus) bagi apoteker yang melakukan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian di luar apotek dan instalasi farmasi rumah sakit.

Pelayanan kefarmasian di apotek, puskesmas, atau instalasi farmasi rumah sakit hanya dapat dilakukan oleh apoteker yang telah memiliki STRA (Surat Tanda Registrasi Apoteker). Apoteker penanggung jawab dapat dibantu oleh apoteker pendamping dan/atau tenaga teknis kefarmasian. Setiap tenaga kefarmasian dalam melaksanakan pekerjaan kefarmasian wajib menyelenggarakan program kendali mutu dan biaya. Pelaksanaan kegiatan kendali mutu dan biaya dilakukan melalui audit kefarmasian. Pembinaan dan pengawasan terhadap auditor kefarmasian dan upaya lain dalam pengendalian mutu dan biaya dilaksanakan oleh Menteri.

Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian merupakan regulasi yang penting dalam mengatur pekerjaan kefarmasian di Indonesia. Dengan ketentuan yang jelas, peraturan ini memastikan bahwa pekerjaan kefarmasian dilakukan dengan profesional dan aman, serta memenuhi standar mutu yang tinggi.

G. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan

Berdasarkan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014, Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia

yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.[321] Tujuan utama dari peraturan ini adalah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam pengelolaan data dan informasi kesehatan di seluruh Indonesia. Adapun beberapa perkembangan penting dalam bidang kesehatan di Indonesia meliputi:

1. Digitalisasi

Pada tahun 1998-1999, Kementerian Kesehatan mulai mengimplementasikan sistem komputerisasi dalam penempatan dokter. Sebelum era digitalisasi, proses penempatan tenaga kesehatan, terutama dokter, dilakukan secara manual. Sistem manual ini sering kali menimbulkan keluhan mengenai keadilan penempatan, terutama terkait permintaan penempatan di Jakarta. Fenomena ini sempat disebut dengan istilah "Pojok Maut," merujuk pada kesulitan penempatan di daerah yang dianggap kurang diminati oleh dokter.[322]

Berbicara mengenai praktek "Pojok Maut" di Departemen Kesehatan, terdapat beberapa surat kabar yang memberitakan munculnya fenomena "Pojok Maut" dari 1980an akhir sampai dengan 1990-an. Sebagai contoh pemberitaan mengenai "pojok maut" yang termuat di surat kabar *Analisa* edisi 29 Juni 1987.[323] Kala itu, Ketua IDI Dr. Kartono Muhammad menginstruksikan agar dilakukan penyederhanaan prosedur penempatan wajib kerja bagi para dokter yang baru lulus. Permintaan ini disampaikan kepada wartawan di Jakarta sehubungan dengan masifnya pemberitaan praktek "Pojok Maut" bagi para dokter muda di Depkes. Dokter-dokter yang baru lulus yang akan bekerja di rumah sakit/klinik suatu departemen non-Depkes, harus mendapatkan surat penempatan terlebih dahulu. Apabila ingin ditempatkan di wilayah Jabodetabek, para dokter muda ini harus menyediakan sejumlah uang, jika tidak mereka akan menghadapi kesulitan. Peraturan ini tidak hanya berlaku untuk penempatan di Jabodetabek saja, melainkan juga di rumah sakit ibukota provinsi di Pulau Jawa. Mengenai hal tersebut, Dr. Kartono Muhammad menyatakan bahwa praktek "Pojok Maut" memang tidak dapat dipungkiri keberadaannya, namun pembuktiannya sulit untuk dilakukan.[324]

Sementara itu, pada 6 Juli 1987 bertempat di Istana Merdeka Jakarta, Menteri

321 Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
322 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Faried Anfasa Moeloek, Sp.OG, Menteri Kesehatan RI Periode 1998-1999, pada 22 Agustus 2024.
323 "Praktek "Pojok Maut" di Depkes: IDI minta Penyederhanaan Proses Penempatan Dokter Baru ("Upeti" mencapai Rp. 7-8 Juta)", *Analisa*, edisi 29 Juni 1987.
324 Analisa, *op.cit*.



Gambar 2.8: Website Sistem Informasi Kepegawaian. Sumber: https://simpeg.kemkes.go.id/

Kesehatan Dr. Suwardjono Surjaningrat mengungkapkan sikapnya mengenai penempatan dokter muda dan adanya praktek "Pojok Maut". Penempatan dokter muda dan praktek "Pojok Maut" merupakan dua permasalahan yang saling berkaitan di dunia kesehatan yang menjadi tanggung jawab dari Departemen Kesehatan untuk mengatasinya. Menurut Dr. Suwardjono Surjaningrat, Departemen Kesehatan pada dasarnya telah menjamin kepada setiap dokter muda untuk memperoleh posisi atau tempat jika mereka nantinya menjadi pegawai negeri.[325] Menteri Kesehatan juga menekankan banyaknya keluhan "Pojok Maut" yang ditulis di surat kabar, agar juga disampaikan kepada Sekjen Departemen Kesehatan.[326] Di sisi lain, surat kabar kala itu memang menjadi satu - satunya jalan terakhir bagi para dokter muda untuk menyampaikan keluhannya terkait adanya praktek "Pojok Maut". Hal ini dikarenakan penyampaian keluhan melalui surat kabar lebih cepat dan luas tersampaikan, serta pelapornya lebih terjamin.

Hambatan dalam penempatan dokter-dokter baru untuk bekerja di daerah terus menjadi isu yang dibicarakan antara IDI sebagai organisasi profesi kedokteran maupun dengan Departemen Kesehatan. Pada 9 Juli 1987, Ketua Umum IDI Dr. Kartono Muhammad menyampaikan apresiasinya atas sikap Pemerintah dalam menghapus pembatasan formasi untuk para dokter baru. Sementara itu, Sekjen Depkes Drs. Soekaryo juga menjamin tidak akan ada lagi pembatasan formasi dokter dan meminta kepada para lulusan Fakultas Kedokteran untuk tidak takut menjadi pengangguran. Hal ini disampaikan oleh Soekaryo di depan anggota DPR dalam rapat kerja Menkes dengan Komisi VIII

325 "Melaporkan Pungli", *Waspada*, edisi 6 Juli 1987.
326 Waspada, *Ibid*.

DPR pada 8 Juli 1987. Adanya campur tangan pemerintah dalam penghapusan pembatasan formasi, pada akhirnya membuat keributan "Pojok Maut" pada penempatan dokter baru membuahkan penyelesaian.[327]

Permasalahan mengenai "Pojok Maut" yang ramai pada masa itu juga membuat hubungan antara Departemen Kesehatan dengan IDI sebagai organisasi profesi sempat terganggu. Ketidakharmonisan antara organisasi profesi dokter dan lembaga pemerintah tersebut terutama berkaitan erat dengan munculnya isu para dokter yang menganggur. Munculnya isu ini dikarenakan terdapat sekitar 400 dokter yang setiap tahunnya tidak mendapatkan tempat penugasan atau tidak dapat ditempatkan dalam melakukan wajib kerja sarjana.[328] Selain "Pojok Maut", hubungan antara IDI dengan Departemen Kesehatan juga sempat terganggu akibat adanya isu mengenai pencabutan rekomendasi IDI oleh Departemen Kesehatan.

Permasalahan penempatan dokter waktu itu memang menjadi salah satu pekerjaan rumah yang harus diatasi oleh Departemen Kesehatan. Pada tahun 1995, Menteri Kesehatan kala itu Prof. Dr. Sujudi menyoroti adanya para lulusan dokter khususnya para dokter spesialis yang menolak ditugaskan di daerah yang sesuai dengan kebutuhan program.[329] Selain itu, terdapat 40 persen para dokter menyatakan keberatannya setelah menandatangani surat pernyataan ditempatkan di daerah terpencil.[330] Penolakan para dokter untuk ditempatkan di daerah sesuai kebutuhan program dan daerah terpencil tersebut, membuat pelayanan tenaga kesehatan khususnya dokter spesialis terhadap kesehatan masyarakat tidak merata di seluruh daerah Indonesia. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah ini Menkes Sujudi menginstruksikan agar perlu dilakukan peningkatan insentif kepada para dokter yang ditugaskan di daerah – daerah terpencil. Selain itu demi melakukan pemerataan pelayanan kesehatan, pada 1990-an Pemerintah juga menerapkan skema pegawai tidak tetap dan memberikan prioritas untuk diangkat sebagai pegawai negeri kepada para tenaga kesehatan dalam hal ini para dokter.[331]

Di sisi lain, masalah dalam penempatan dokter atau "Pojok Maut" di Indonesia juga tidak dapat dilepaskan dari penyalahgunaan wewenang para pejabat di Departemen Kesehatan. Menurut Zainal Muttaqin, seorang Ahli Bedah Saraf dan Guru Besar FK UNDIP, penempatan dokter baru di kota besar kala

327 "Formasi Dokter Baru Tanpa Pembatasan" *Waspada*, edisi 11 Juli 1987.
328 "Pelayanan Dokter Mengecewakan", *Neraca*, edisi 5 November 1988.
329 "Banyak Dokter Spesialis Ingkari Kontrak", *Berita Yudha*, 06 Desember 1995.
330 Berita Yudha, *Ibid*.
331 Hermawan, A. Analisis distribusi tenaga kesehatan (Dokter Perawat dan Bidan) di Indonesia pada 2013 dengan menggunakan Gini Index. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(3), 2019, hlm. 168.

itu dalam pengaturannya dilakukan dengan membayar sejumlah uang yang senilai dengan harga mobil Kijang.[332] Departemen Kesehatan memiliki andil atau tanggung jawab yang besar dalam penentuan kebijakan kesehatan salah satunya penempatan dokter. Adanya sentralisasi peran Departemen Kesehatan ini yang kemudian memicu peluang lahirnya penyalahgunaan kekuasaan yang sewenang-wenang dalam penempatan tenaga profesional kesehatan. Munculnya praktik-praktik tidak etis dan bertentangan dengan kepentingan publik atau "Pojok Maut Depkes" ini lah yang menjadi kesempatan para oknum di Depkes menyalahgunakan tugas dan wewenangnya untuk kepentingan pribadi.[333]

Memasuki tahun 2000-an, dalam upaya meningkatkan transparansi dan efisiensi penempatan dokter di daerah, Departemen Kesehatan memperkenalkan sistem komputerisasi yang memungkinkan pendaftaran dan penempatan dilakukan secara digital. Sistem ini diberi nama Sistem Informasi Kepegawaian atau SIMPEG yang bertujuan untuk melakukan pengolahan data para pegawai tidak tetap yang berada di daerah kabupaten/kota maupun provinsi.[334] Melalui sistem ini, setiap dokter yang mendaftar dapat melihat secara real-time posisinya dalam antrean penempatan. Sistem ini mencegah manipulasi penempatan, karena semua informasi mengenai siapa yang ditempatkan di daerah tertentu dapat diakses melalui layar yang menampilkan data secara transparan.

Proses ini menjadi lebih terbuka dan adil, karena dokter yang mendaftar tidak bisa lagi "melobi" untuk ditempatkan di Jakarta atau daerah lain yang diinginkan secara khusus, tanpa mengikuti urutan yang sudah ditetapkan oleh sistem. Misalnya, jika ada seorang dokter yang mendaftar dengan nomor antrian ke-100 dan berusaha ditempatkan di Jakarta, sistem akan langsung menunjukkan antriannya dan siapa yang sudah mendapatkan posisi lebih dulu.[335] Implementasi sistem ini menandai awal digitalisasi di sektor kesehatan, khususnya dalam hal penempatan dokter. Pada masa itu, meskipun belum sempurna, sistem ini telah menciptakan fondasi penting bagi pengelolaan sumber daya manusia kesehatan secara lebih transparan dan terstruktur.

Meskipun belum ada undang-undang spesifik yang secara eksplisit mengatur digitalisasi penempatan tenaga kesehatan, langkah tersebut beriringan dengan

332 "Pentingnya Menjaga Etika Profesi Kedokteran", *detik.com*, 2 April 2023 diakses melalui https://www.detik.com/edu/detikpedia/d-7385992/bioteknologi-pengertian-sejarah-konsep-dan-contohnya

333 "Uji Formil dan Uji Materi UU Kesehatan", *kompas.id* 3 Agustus 2023, diakses melalui https://www.kompas.id/check?next=/baca/opini/2023/08/01/uji-formil-dan-uji-materi-uu-kesehatan

334 Biro OSDM Kemenkes RI, "SIMKA & SIMPEG", diakses melalui https://ropeg.kemkes.go.id/osdm/web/aplikasi

335 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Faried Anfasa Moeloek, Sp.OG, Menteri Kesehatan RI Periode 1998-1999, pada 22 Agustus 2024.

perkembangan kebijakan teknologi informasi yang semakin kuat di awal tahun 2000-an, terutama setelah disahkannya Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) No. 11 Tahun 2008 yang menjadi payung hukum penggunaan teknologi informasi secara lebih luas di Indonesia.

2. Perkembangan Kebijakan Bioteknologi

a. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005

Salah satu bagian dari sejarah kebijakan Bioteknologi di Indonesia semakin diperketat dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2005 yang berperan penting dalam pengembangan kebijakan bioteknologi di Indonesia.[336] Regulasi ini mencakup aturan mengenai penelitian, pengembangan, pemasukan, pelepasan, dan pemanfaatan produk rekayasa genetik, terutama dalam memastikan keamanan lingkungan, pangan, dan pakan yang dihasilkan dari bioteknologi modern.[337] Isi dari peraturan pemerintah ini, yaitu pada Pasal 1 mendefinisikan keamanan hayati sebagai upaya mencegah risiko yang merugikan lingkungan, kesehatan manusia, atau hewan yang ditimbulkan oleh produk rekayasa genetik. Pasal 6 menyebutkan bahwa Produk rekayasa genetik (PRG)[338] yang akan diuji dan diedarkan harus memenuhi persyaratan keamanan lingkungan, keamanan pangan, dan keamanan pakan. Pasal 19 menjelaskan tentang kewajiban pengujian keamanan lingkungan, pangan, dan pakan di laboratorium sebelum PRG bisa diedarkan.

Dalam pengembangan Bioteknologi Nasional, peraturan ini menjelaskan dalam Pasal 11 dan Pasal 12 bahwa pemerintah akan membina peran serta masyarakat dalam penelitian dan pengembangan PRG serta memberikan penghargaan bagi yang menghasilkan PRG yang bermanfaat. Sedangkan pada Pasal 8 dan Pasal 9 mengatur kewajiban pencegahan dampak negatif dalam penelitian dan pengembangan PRG serta pengujian PRG di laboratorium. Sehingga secara keseluruhan, PP No. 21 Tahun 2005 mendukung perkembangan kebijakan bioteknologi dengan memastikan bahwa produk yang dihasilkan dari teknologi rekayasa genetik aman bagi manusia dan lingkungan, sekaligus memfasilitasi perkembangan sektor ini di Indonesia.

Selanjutnya, pada tahun yang sama, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) juga berperan penting dalam mengembangkan riset

336 Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik
337 Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik.
338 Produk rekayasa genetik atau organisme hasil modifikasi yang selanjutnya disingkat PRG adalah organisme hidup, bagian-bagiannya dan/atau hasil olahannya yang mempunyai susunan genetik baru dari hasil penerapan bioteknologi modern. Baca selengkapnya di Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik.

kesehatan melalui program Riset Pembinaan Ilmu Pengetahuan Teknologi Kedokteran (Risbin Iptekdok). Program ini diinisiasi oleh Litbangkes untuk mendanai dan mendukung penelitian di bidang kesehatan di Indonesia, dengan fokus pada tiga topik utama: penyakit infeksi, penyakit tidak menular seperti kanker dan kista. Program ini memberikan kesempatan bagi peneliti-peneliti dari seluruh Indonesia untuk menerima dana riset, yang pada akhirnya memperkuat fondasi penelitian bioteknologi di Indonesia.

b. Perkembangan Bioteknologi Secara Umum

Perkembangan bioteknologi di Indonesia dimulai pada tahun 1990-an, B.J. Habibie selaku Menteri Riset dan Teknologi, pernah menggagas untuk membuka kembali Laboratorium Eijkman yang sempat ditutup pada tahun 1960an sebagai lembaga riset yang fokus pada bioteknologi. Impian tersebut terwujud pada hari Selasa, 19 September 1995, tepat pada acara Konferensi Genetika Kedokteran Kawasan Asia-Pasifik ke-2: Simposium Eijkman, Presiden Soeharto bersama Prof. Sangkot Marzuki dan B.J. Habibie meresmikan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman.[339] Lembaga ini berdiri berdasarkan atas Surat Keputusan Nomor 475/M/Kp/VII/1992.[340] Sehingga Lembaga Biologi Molekuler Eijkman kembali diaktifkan pada tahun 1996 setelah surat keputusan itu turun dan ditandatangani oleh B.J. Habibie.[341]

Meskipun lembaga ini sudah ada sebelumnya, reaktivasi ini dilakukan untuk mendukung program-program bioteknologi, termasuk program diagnostik berbasis molekuler di Indonesia. Aktivasi kembali Eijkman bertujuan untuk memperkuat penelitian di bidang bioteknologi dan molekuler, sejalan dengan semakin berkembangnya kebutuhan diagnostik di dunia medis.

Lembaga Biologi Molekuler Eijkman menjadi motor penggerak dari program Risbin Iptekdok. Bersama tim, mereka juga melibatkan para ahli dari berbagai institusi sebagai reviewer untuk memastikan kualitas dan pengembangan riset bioteknologi. Meskipun sempat terhenti pada tahun 2000 karena krisis moneter pada tahun sebelumnya, program ini dilanjutkan kembali pada tahun 2006 dan menghasilkan 262 proposal penelitian, termasuk pengembangan untuk infeksi, diagnosis, hingga vaksin. Seiring berjalannya waktu, Lembaga Eijkman terus berperan dalam membangun jejaring penelitian, termasuk untuk penyakit-

339 *Berita Yudha*, edisi 20 September 1995.

340 "Sejarah Profil Eijkman, Lembaga yang melebur ke BRIN" pada 1 Januari 2022, *cnnindonesia.com*, diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20220101170742-199-741414/sejarah-dan-profil-eijkman-lembaga-yang-melebur-ke-brin.

341 "Sejarah dan Profil Eijkman, Lembaga yang Melebur ke BRIN", *cnnindonesia.com*, pada 1 Januari 2022, diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20220101170742-199-741414/sejarah-dan-profil-eijkman-lembaga-yang-melebur-ke-brin



Foto 2.15. Presiden Soeharto di Istana Negara meresmikan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman dengan penandatanganan prasasti. Sumber: *Berita Yudha*, edisi 20 September 1995.

penyakit menular seperti HIV/AIDS, flu burung H5N1, SARS, hingga pandemi COVID-19 (SARS-CoV-2). Lembaga ini juga berperan dalam mengembangkan berbagai riset diagnostik dan vaksin, yang semakin memperkuat kapasitas riset kesehatan Indonesia dalam menghadapi tantangan global. Namun, sejak September 2021, pengelolaan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman diambil alih oleh Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Peresmian perubahan status dari LBM Eijkman menjadi Pusat Riset Biologi Molekuler (PRBM) Eijkman diresmikan pada tanggal 28 Desember 2021.[342]

Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) dibentuk pada 28 April 2021. BRIN dibentuk melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 74 Tahun 2019 oleh Presiden Joko Widodo. Pada awalnya, BRIN merupakan bagian dari Kementerian Riset dan Teknologi (Kemenristek). Namun, pada 28 April 2021, BRIN dipisahkan dari Kemenristek dan berdiri sendiri di bawah presiden. BRIN memiliki bidang tugas, yaitu penelitian, pengembangan, pengkajian, penerapan, invensi, inovasi, ketenaganukliran, dan keantariksaan. Presiden Jokowi melantik kepala BRIN, Laksono Tri Handoko pada 28 April 2021 berdasarkan rapat Badan Musyawarah (Bamus) yang membahas Surat Presiden (Surpres) Jokowi nomor R14/Pres/03/2021 perihal Pertimbangan Pengubahan Kementerian pada 8 April 2021. Persetujuan DPR ini sesuai dengan UU No.39/2019 tentang Kementerian Negara.[343] Salah satu program BRIN adalah menggelar penyusunan Peta Jalan Pengembangan Vaksin

342 "Apa Itu Lembaga Eijkman: Sejarah, Tugas, Fungsi & Mengapa Bubar?", *Tirto.id*, edisi 4 Januari 2022.
343 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 30 April 2021.

Merah Putih Indonesia dengan menggandeng beberapa Instansi seperti UNS, LBME, LIPI, UI, ITB, Unair, UGM, dan Unpad. Pengembangan vaksin ini turut menggandeng BPOM, Kemenkes, MUI, dan Biofarma untuk produksi massal.[344] Sejak September 2021, Lembaga Biologi Molekuler Eijkman telah menjadi bagian dari Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Peresmian perubahan status dari LBM Eijkman menjadi Pusat Riset Biologi Molekuler (PRBM) Eijkman yang diresmikan pada 28 Desember 2021.[345] Perkembangan LBM Eijkman setelah melebur dengan BRIN, terus berkembang dengan berfokus pada riset-riset bioteknologi yang relevan dengan tantangan kesehatan di Indonesia dan dunia. Reaktivasi Eijkman pada era 1990-an menjadi pondasi penting bagi penguatan kapasitas riset kesehatan dan bioteknologi yang kita rasakan manfaatnya hingga saat ini.

c. Perkembangan Bioteknologi di UGM

Pada era setelah tahun 1996, Universitas Gadjah Mada (UGM) mulai mengembangkan program bioteknologi melalui pendirian Pusat Antar Universitas (PAU) Bioteknologi. Inisiatif ini didorong oleh lemahnya penelitian bioteknologi di Indonesia pada saat itu. Oleh karena itu, dikeluarkan Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) No. 909/D/T/1986 tanggal 15 Mei 1986, yang mengatur perlunya pembentukan pusat-pusat antar universitas bioteknologi di berbagai wilayah di Indonesia.

Di UGM, PAU Bioteknologi difokuskan pada pengembangan bioteknologi untuk bidang kesehatan. Pusat ini dibentuk dengan dukungan pendanaan dari World Bank melalui program World Bank 17, yang berlangsung dari tahun 1986 hingga 1995. Melalui program ini, UGM mendapatkan fasilitas dan infrastruktur penelitian bioteknologi yang mencakup bangunan dengan tiga lantai, tempat berbagai peneliti dari institusi di seluruh Indonesia datang untuk belajar teknik-teknik molekuler, diagnostik, serta pengembangan DNA, RNA, dan protein.

UGM mulai memainkan peran penting dalam pengembangan penelitian bioteknologi kesehatan di Indonesia. Banyak dokter dan dosen dari Fakultas Kedokteran yang dikirim ke luar negeri untuk melanjutkan studi doktoral (S3) guna memperdalam pengetahuan mereka di bidang bioteknologi. Di antaranya adalah Dr. Fahri dan Dr. Jayanti yang melanjutkan studi di Belanda, serta Dr. Profesor Nasutiawan yang juga belajar di Belanda, dan Dr. Ediati Marwi yang melanjutkan studinya di Inggris. Selain dari kedokteran, dosen-dosen dari Fakultas Pertanian dan Fakultas Farmasi juga mendapatkan kesempatan untuk

344 *Radar Solo*, edisi 18 Desember 2020.

345 "Apa Itu Lembaga Eijkman: Sejarah, Tugas, Fungsi & Mengapa Bubar?", *Tirto.id*, edisi pada 4 Januari 2022.

belajar di luar negeri, guna memperkuat kapasitas penelitian bioteknologi di Indonesia.

Program ini menandai awal kontribusi UGM dalam meningkatkan kualitas penelitian bioteknologi, khususnya di bidang kesehatan, di tingkat nasional. Awalnya, program penelitian bioteknologi di UGM berjalan dengan sangat menarik melalui hasil-hasil riset yang dikenal sebagai Riset Unggulan Terpadu (RUT). Program ini berfokus pada penelitian-penelitian yang berupaya mengatasi berbagai permasalahan kesehatan di Indonesia. Adanya program RUT ini didorong oleh kebutuhan untuk memperbaiki koordinasi riset yang pada saat itu masih berjalan secara terpisah-pisah dan kurang terorganisir, sehingga dampaknya terhadap isu-isu kesehatan di Indonesia pun terbatas.

Program RUT mulai dilaksanakan sebagai bagian dari inisiatif nasional yang dimotori oleh Kementerian Riset dan Teknologi (Kemenristek) bersama dengan Dewan Riset Nasional dan Bappenas, yang dimulai pada tahun 1993. Program ini bertujuan untuk menciptakan keterpaduan dalam penelitian, sesuai dengan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 134 Tahun 1999 yang menetapkan tugas Kemenristek untuk mengkoordinasikan dan meningkatkan sinergi di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) di berbagai lembaga, termasuk departemen, perguruan tinggi, dan rumah sakit.

Dengan adanya koordinasi riset ini, hasil-hasil penelitian mulai memberikan dampak yang signifikan. Banyak hasil penelitian yang berhasil dipublikasikan, baik melalui karya tulis ilmiah untuk jenjang S1, S2, dan S3, maupun publikasi di jurnal nasional dan internasional. Selain itu, program ini juga mendorong kolaborasi lintas bidang, termasuk kesehatan, farmasi, kedokteran hewan, biologi, kedokteran gigi, dan ilmu pengetahuan alam (FMIPA).

Hingga saat itu, program RUT berhasil menghasilkan sekitar 372 judul penelitian, dengan kontribusi terbesar datang dari bidang pertanian, diikuti oleh lingkungan hidup, serta bidang kesehatan. Keberhasilan ini menandai awal kemajuan penelitian bioteknologi di Indonesia, dengan berbagai inovasi di bidang kesehatan yang terus berkembang. Program ini juga menjadi tonggak penting dalam mengintegrasikan riset dari berbagai disiplin ilmu demi kemajuan sains dan teknologi di Indonesia.

3. Telemedicine

Telemedicine merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan manusia yang efektif dan efisien melalui pemanfaatan teknologi telekomunikasi. Menurut WHO, Telemedicine adalah keseluruhan pelayanan kesehatan yang dilakukan dari jarak jauh dengan cara yang aman menggunakan

teknologi informasi dan sarana komunikasi elektronik, tanpa kehadiran langsung para staf medis.[346] Hal ini bertujuan untuk melakukan diagnosa, mengindikasikan pengobatan, serta memantau dan menunjukkan pencegahan terhadap penyakit tertentu.[347] Dalam penerapannya, Telemedicine memanfaatkan media interaktif audio visual pelayanan medis di suatu tempat tertentu dengan wahana provider yang disediakan. Menurut Pardamean Hutahaean, sistem Telemedicine secara umum menggunakan perangkat lunak peralatan medis yang diintegrasikan dengan komputer, dan instrumen-instrumen di dalam diagnosa medis, dimana sistem ini dihubungkan dengan VSAT (*Very Small Aperture Terminal*) komersial di masing-masing lokasi.[348]

Pada kasus Indonesia, penerapan Telemedicine setidaknya mempertimbangkan seperti alokasi rumah sakit pusat Telemedicine dan jenis penyakit yang diprioritaskan. Menurut Pardamean Hutahaean, seperti halnya penerapan Telemedicine di berbagai negara, Radiologi, Kardiologi, dan Patologi menjadi prioritas utama.[349] Sementara itu, penerapan telemedicine di Indonesia sudah mulai diterapkan dengan contoh nyata pada penanganan penyakit jantung di RS Medistra Jakarta pada 23 September 2006. Kala itu, dua pasien jantung mendapatkan perawatan tanpa operasi fisik, melainkan menggunakan teknik kateterisasi dengan pemasangan "stent" melalui sistem telemedicine. Kasus ini dikelola oleh dokter lokal dan disaksikan oleh ribuan peserta kongres internasional dari Asia Pasifik melalui telekonferensi, termasuk para ahli dari Jepang, Korea, dan Amerika Serikat. Prosedur ini menghubungkan RS Medistra dengan ahli jantung di Kobe, Jepang.

Telemedicine membuka akses bagi kolaborasi dokter Indonesia dengan para ahli luar negeri, untuk memungkinkan diskusi medis real-time dan demonstrasi langsung dari proses kateterisasi. Hal ini memperlihatkan bagaimana teknologi telemedicine dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan mempercepat adopsi teknologi medis terkini di rumah sakit Indonesia, terutama untuk penyakit kritis seperti jantung. Implementasi ini juga menjadi bagian dari langkah awal menuju sistem perawatan kesehatan berbasis teknologi di Indonesia, mengatasi keterbatasan geografis, dan meningkatkan standar layanan medis di berbagai wilayah.[350]

346 UNICEF Romania, *A Guide To Telemedicine in Primary Healthcare*, hlm. 4.
347 UNICEF Romania, *Ibid*., hlm. 5.
348 Pardamean Hutahaean, "Kajian Pemanfaatan Teknologi Telemedicine di Indonesia", *publikasi Ilmiah* Pusat Analisis dan Informasi Kedirgantaraan Lembaga Penerbangan dan Antariksa Nasional, hlm. 2.
349 Pardamean Hutahaean, *Ibid*., hlm. 15.
350 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI Periode 2014-2019, pada 22 Agustus 2024.

Pada masa ini juga terdapat upaya awal untuk mengembangkan telemedicine di Indonesia. Salah satu inisiatif penting yang dicatat adalah program *Surya Bhaskara Jaya*, sebuah kolaborasi antara Kementerian Kesehatan dengan Angkatan Laut untuk memberikan layanan kesehatan di daerah terpencil dan pulau-pulau. Program ini melibatkan penggunaan teknologi telemedicine untuk memberikan layanan konsultasi jarak jauh bagi masyarakat di daerah yang sulit dijangkau.[351] Selanjutnya, seperti yang disebutkan sebelumnya bahwa kegiatan operasi bhakti *Surya Bhaskara Jaya* atau yang disingkat (SBJ) merupakan kegiatan kolaborasi besar lintas kementerian, lembaga dan juga swasta yang diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih luas dan lebih baik lagi kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang tinggal di wilayah-wilayah kepulauan.[352]

Dalam kolaborasi tersebut, layanan telemedicine diperkenalkan sebagai solusi untuk meningkatkan akses layanan kesehatan di pulau-pulau. Meskipun teknologi internet belum berkembang sebaik sekarang, telemedicine sudah mulai diterapkan dengan konsep dasar konsultasi jarak jauh antara tenaga kesehatan di daerah terpencil dengan dokter spesialis di pusat-pusat layanan kesehatan. Salah satu contohnya adalah kerjasama antara pusat layanan kesehatan di Ternate dan Jakarta, di mana dokter di daerah seperti Fakfak dapat berkonsultasi dengan dokter di rumah sakit besar menggunakan teknologi komunikasi yang tersedia pada saat itu.[353] Pada masa itu, keterbatasan infrastruktur internet menjadi tantangan besar. Namun, Menteri kesehatan saat itu dan timnya berusaha untuk memanfaatkan teknologi yang ada guna menghubungkan puskesmas di daerah terpencil dengan rumah sakit di kota-kota besar. Selain telemedicine, ada pula inisiatif untuk mendorong dokter di daerah terpencil agar secara berkala mendapatkan pelatihan atau pertukaran pikiran di kota besar, misalnya dari Fakfak ke Makassar.

Salah satu rumah sakit yang sudah memanfaatkan teknologi telemedicine pada masa itu adalah Rumah Sakit Jantung Jakarta, yang dipimpin oleh dr. Hananto Seno. Rumah sakit ini menggunakan telemedicine untuk memberikan panduan kepada rumah sakit yang lebih kecil dalam menangani kasus-kasus darurat jantung. Jika seorang pasien mengalami serangan jantung, dokter di rumah sakit kecil bisa menghubungi pusat telemedicine di Jakarta untuk

351 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI Periode 2014-2019.

352 Bayu Mahardi Briyanto, Amirul Mustofa, "Implementasi Program Operasi Bakti Surya Bhaskara Jaya Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut Tahun 2023", *Jurnal Soetomo Magister Ilmu Administrasi* vol. 2 No. 1 Tahun 2024, hlm 172.

353 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI Periode 2014-2019, pada 22 Agustus 2024.

mendapatkan saran, apakah pasien perlu dirujuk ke rumah sakit tertentu seperti di Pasar Minggu atau Fatmawati, atau langsung dilakukan tindakan kateterisasi di lokasi.[354]

Inisiatif telemedicine yang dimulai pada era ini menunjukkan langkah awal penting dalam upaya transformasi digital di sektor kesehatan Indonesia. Meskipun terbatas oleh infrastruktur dan regulasi yang belum sempurna, upaya tersebut telah menandai fondasi perkembangan telemedicine di tahun-tahun berikutnya, khususnya dalam memberikan layanan kesehatan di daerah-daerah terpencil.

4. Perubahan Nomenklatur Kementerian dan Regulasi

Sejak tahun 2005, terjadi perubahan dari Kementerian Negara Komunikasi dan Informasi menjadi Departemen Komunikasi dan Informatika. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara, Kementerian Komunikasi dan Informatika adalah perangkat Pemerintah Republik Indonesia yang menangani urusan informasi dan komunikasi, sesuai dengan ruang lingkup yang ditetapkan dalam UUD 1945. Sebelumnya, Kementerian ini dikenal sebagai "Departemen Penerangan" pada periode 1945-1999, kemudian berubah menjadi "Kementerian Negara Komunikasi dan Informasi" (Kominfo) pada 2001-2005, serta "Departemen Komunikasi dan Informatika" (Depkominfo) pada 2005-2009 Era Susilo Bambang Yudhoyono. Kementerian ini bertugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika untuk membantu Presiden dalam melaksanakan pemerintahan.[355]

Perubahan nomenklatur kementerian ini membawa dampak signifikan terhadap fokus dan fungsinya. Sebelumnya, kementerian ini lebih banyak berperan dalam aspek penerangan dan penyebaran informasi, dengan penekanan minimal pada aspek digital. Meskipun sektor pos dan telekomunikasi berada di bawah naungannya, aspek informatika belum mendapat perhatian yang memadai. Pos dan Telekomunikasi (Postel) saat itu lebih dipandang sebagai bagian dari infrastruktur komunikasi, tanpa penekanan khusus pada aspek teknologi informasinya. Transformasi menjadi Kementerian Komunikasi dan Informatika menjadikan aspek informatika lebih menonjol dan jelas. Perubahan ini dinilai wajar dan tepat, mengingat perkembangan pesat teknologi digital yang membutuhkan perhatian dan regulasi khusus. Dengan penambahan "Informatika" dalam nama kementerian, terjadi pergeseran fokus yang

354 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI Periode 2014-2019, pada 22 Agustus 2024.

355 "Sejarah Kominfo" diakses melalui link https://www.kominfo.go.id/profil/sejarah



Gambar 2.9: Sejarah Kelembagaan Komunikasi dan Informatika. Sumber: Kominfo

lebih seimbang antara aspek komunikasi tradisional dan teknologi informasi modern.[356]

Perubahan ini juga membawa dampak yang lebih luas terhadap berbagai regulasi terkait, meskipun pada awalnya dampak tersebut belum terlihat jelas. Transformasi kementerian ini menjadi katalis bagi munculnya berbagai perubahan baru dalam regulasi yang berkaitan dengan teknologi informasi dan komunikasi di Indonesia. Meskipun proses perubahannya gradual, langkah ini menjadi pondasi penting bagi perkembangan kebijakan dan regulasi di bidang teknologi informasi di Indonesia pada tahun-tahun berikutnya.

5. UU Informasi dan Transaksi Elektronik dan Dampaknya Terhadap Informasi Kesehatan

Trajektori pengembangan sistem informasi era desentralisasi juga ditandai dengan adanya diskusi terkait penggunaan teknologi informasi. Secara historis, Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) memang merupakan penggabungan dari dua rancangan undang-undang, yaitu RUU Tindak Pidana Teknologi Informasi dan RUU *e-Commerce*. Kedua RUU ini disatukan pada tahun 2003 dan menghasilkan satu naskah akademik yang kemudian dibahas di DPR. Kementerian Komunikasi dan Informatika, yang dibentuk pada tahun 2005, kemudian memainkan peran penting dalam pembahasan RUU tersebut. Sebuah komite kerja beranggotakan 50 orang dibentuk untuk menyusun aturan ini.[357]

356 "Sejarah Kominfo" diakses melalui https://www.kominfo.go.id/profil/sejarah

357 Nur Hadiyati & Hayllen Stathany, "Analisis Undang-undang ITE Berdasarkan Asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan di Indonesia", *Mizan: Jurnal Ilmu Hukum*, Vol. 10 No. 2, Desember 2021, hlm 148.

Pembahasan mengenai UU ITE berlangsung dari tahun 2005 hingga 2007, periode yang cukup kompleks dan penuh dengan tantangan. UU ITE dibagi menjadi dua bagian utama: pertama, bagian yang berkaitan dengan e-commerce, mengatur pasar digital dan non-digital, nama domain, dan tanda tangan elektronik. Kedua, bagian yang mengatur kejahatan teknologi informasi, yang terdiri dari beberapa subbagian penting.[358]

Subbagian pertama mencakup konten ilegal seperti informasi yang memuat SARA, ujaran kebencian, informasi palsu atau hoaks, penipuan online, pornografi, perjudian online, dan fitnah. Adapun subbagian kedua membahas akses ilegal, termasuk serangan peretas. Subbagian ketiga menyangkut intersepsi ilegal atau penyadapan yang tidak sah, sementara subbagian keempat mengatur gangguan data, termasuk perusakan atau gangguan sistem secara ilegal.[359]

Pada tahun 2003, ketika lembaga pemerintah masih bernama Kementerian Komunikasi dan Informasi, pembahasan mengenai UU ITE sudah dimulai. Namun, proses ini mengalami stagnasi dan baru berhasil disahkan lima tahun kemudian, tepatnya pada tahun 2008, setelah kementerian tersebut bertransformasi menjadi Kementerian Komunikasi dan Informatika. UU ITE Nomor 11 Tahun 2008 merupakan peraturan hukum yang signifikan dalam pengembangan teknologi informasi di Indonesia. UU ITE tahun 2008 disahkan untuk mengatur penggunaan informasi dan transaksi elektronik di Indonesia.[360] Peraturan ini bertujuan untuk meningkatkan keamanan, keadilan, dan transparansi dalam penggunaan teknologi informasi. peraturan ini memberikan dasar hukum yang penting bagi implementasi teknologi informasi dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan.

UU ITE tahun 2008 memiliki beberapa implikasi yang relevan dengan sektor kesehatan di Indonesia, meskipun tidak secara eksklusif difokuskan pada kesehatan. Berikut beberapa hubungan UU ITE dengan kesehatan:

1) Perlindungan Data Pribadi Pasien

UU ini menekankan pentingnya perlindungan data pribadi, termasuk data pasien. Pasal 26 menjelaskan bahwa penggunaan data pribadi harus dilakukan atas persetujuan orang yang bersangkutan atau berdasarkan hukum positif (peraturan perundang-undangan). Selain itu, di dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pada Pasal 8 juga menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya, termasuk tindakan dan pengobatan yang telah diterima. Hal ini menunjukkan pentingnya transparansi dan hak akses pasien terhadap

358 Nur Hadiyati & Hayllen Stathany, *Ibid*,., hlm. 149.
359 Nur Hadiyati & Hayllen Stathany, *Ibid*., hlm. 150.
360 Undang-undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.

informasi kesehatan mereka.[361]

2) Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME)

UU ini memberikan peluang untuk implementasi RME. Peraturan ini memungkinkan penggunaan teknologi informasi dalam pengolahan rekam medis, yang telah digunakan di berbagai rumah sakit di Indonesia. Perkembangan *e-Health* memang telah mendorong penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) sebagai pusat informasi dalam sistem informasi rumah sakit. RME menjadi alat penting dalam digitalisasi pelayanan kesehatan, memungkinkan akses yang lebih cepat, efisien, dan aman terhadap data pasien. Di Indonesia, meskipun beberapa rumah sakit yang berinvestasi dengan penanaman modal asing (PMA) telah mulai mengadopsi RME, ada keraguan diantara tenaga kesehatan dan pengelola rumah sakit terkait aspek hukum dan perlindungan data. Hal ini sebagian besar disebabkan karena belum adanya regulasi spesifik yang mengatur penggunaan RME secara detail. Namun, keluarnya UU ini telah memberikan dasar hukum yang lebih kuat untuk transaksi elektronik, termasuk dalam sektor kesehatan. UU ITE membuka peluang besar untuk implementasi RME dengan menyediakan kerangka hukum terkait keamanan informasi, transaksi elektronik, dan perlindungan data, yang sangat relevan dalam konteks penggunaan teknologi informasi di bidang kesehatan. Dengan adanya undang-undang ini, keraguan yang sebelumnya muncul terkait legalitas dan perlindungan hukum atas penggunaan RME diharapkan berkurang.[362]

3) Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik.

UU ini juga memberikan aspek hukum yang jelas tentang rekam medis elektronik. UU ITE mengatur bahwa informasi elektronik, termasuk rekam medis elektronik, memiliki kekuatan hukum yang sah. Pasal 5 menyatakan bahwa informasi elektronik dan dokumen elektronik hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah. Hal ini menjadikan RME sebagai dokumen yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dalam konteks pelayanan kesehatan.

4) Tanda Tangan Elektronik

UU ini menjelaskan tentang tanda tangan elektronik yang terdiri atas informasi elektronik yang dilekatkan, terasosiasi, atau terkait dengan informasi elektronik lainnya yang digunakan sebagai alat verifikasi dan autentikasi. UU ITE mengatur penggunaan tanda tangan elektronik, yang

361 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

362 Doni Jepisah, dkk. "Peranan Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Riau Tahun 2021". *Community Engagement & Emergence Journal*, Vol. 3 No. 2, Agustus 2022, hlm. 203.

diperlukan untuk memastikan keaslian dan integritas dokumen elektronik, termasuk rekam medis. Tanda tangan elektronik menjadi penting dalam verifikasi dan otentifikasi data pasien.

5) Sertifikat Elektronik

Peraturan ini juga membahas tentang sertifikat elektronik yang memuat tanda tangan elektronik dan identitas yang menunjukkan status subjek hukum para pihak dalam transaksi elektronik yang dikeluarkan oleh penyelenggara sertifikasi elektronik.

6) Penyelenggara Sertifikasi Elektronik

UU ini menetapkan bahwa penyelenggara sertifikasi elektronik adalah badan hukum yang berfungsi sebagai pihak yang layak dipercaya, yang memberikan dan mengaudit sertifikat elektronik.[363]

7) Keamanan Informasi Kesehatan

Di dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 5 menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan terjangkau. Hal ini mencakup kewajiban untuk menjaga keamanan data pasien. Sedangkan pada UU ITE, memuat ketentuan-ketentuan tentang keamanan sistem informasi, langkah-langkah untuk melindungi data elektronik, termasuk data kesehatan. Ini penting untuk memastikan bahwa sistem informasi kesehatan tidak rentan terhadap peretasan atau kebocoran data.

8) Tanggung Jawab Pelayanan Kesehatan

Dalam pasal 17 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan tanggung jawab pemerintah dan penyelenggara layanan kesehatan untuk menyediakan akses yang adil terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Ini mencakup kewajiban untuk mengelola data pasien dengan baik. Dalam UU ITE mengatur tanggung jawab penyelenggara sistem elektronik dalam menjaga integritas dan kerahasiaan data yang mereka kelola, termasuk dalam sektor kesehatan.

9) Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Pasal 7 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjamin hak setiap orang untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan. Ini mendukung upaya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hak-hak mereka terkait dengan data pribadi. Dalam UU ITE mendorong transparansi dalam penggunaan data pribadi, sehingga masyarakat lebih memahami bagaimana data mereka digunakan dalam konteks layanan kesehatan.

363 Diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1679/transformasi-digital-rekam-medis-manual-menuju-rekam-medis-elektronik

6. Rekam Medis Elektronik

Rekam medis adalah dokumen yang mencatat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lainnya yang diterima pasien. Sementara itu, rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik untuk pengelolaan data tersebut.[364] Sebelum dikenalkan sistem Rekam Medis, lebih dulu diperkenalkan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). Sistem ini yang mengelola pencatatan dan pelaporan data kesehatan di puskesmas di Indonesia, beralih dari metode manual berbasis kertas ke sistem digital untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data di berbagai tingkat administrasi kesehatan. Sejak diperkenalkan pada tahun 1984[365], SP2TP telah mengalami beberapa reformasi, termasuk integrasi dengan JKN-BPJS dan transformasi digital melalui platform seperti SatuSehat. Sebelum adanya SP2TP, pencatatan data kesehatan terfragmentasi dan tidak terintegrasi, yang sering mengakibatkan duplikasi data. Dengan adanya sistem ini, diharapkan pengelolaan data kesehatan menjadi lebih efisien dan efektif, meskipun masih terdapat tantangan dalam implementasinya.[366]

Pada awal tahun 2000, proses perkembangan digitalisasi rekam medis sudah dimulai namun masih dalam pemahaman yang masih terbatas. Sebagai contoh, dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terdapat pasal yang mengacu pada penggunaan teknologi dan perkembangan ilmu pengetahuan, termasuk dalam konteks praktik kedokteran. Dalam Pasal 46 UU Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa tenaga kesehatan wajib meningkatkan kompetensi sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.[367] Pasal ini membuka ruang bagi penggunaan teknologi dalam praktik kedokteran, termasuk salah satunya diterapkannya digitalisasi di bidang kesehatan seperti Rekam Medis Elektronik, namun tidak dijelaskan secara detail. Rekam Medis Elektronik (RME) adalah sistem informasi kesehatan yang terkomputerisasi, yang memuat catatan lengkap mengenai data pasien, termasuk data demografi, riwayat kesehatan, alergi, hasil pemeriksaan laboratorium, serta informasi medis lainnya yang juga dilengkapi dengan sistem pendukung keputusan. Sementara itu, menurut Wimmie Handiwidjojo, Rekam

364 "Rekam Medis Elektronik: Tujuan dan Manfaatnya" pada Rabu, 23 Agustus 2023, melalui https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2714/rekam-medis-elektronik-tujuan-dan-manfaatnya

365 sebagai dasar hukum berlakunya Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) yang berlaku pada tahun 1984 mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 63/Menkes/SK/II/1981 tentang Penetapan Berlakunya Penyelenggaraan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas

366 Nurul Dwi Suryani & Solikhah, "Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Dompu, Provinsi NTB", *KESMAS* Vol. 7 No. 1, Maret 2013 : 1 - 54

367 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Medis Elektronik dapat diartikan sebagai penggunaan perangkat teknologi informasi yang bertujuan untuk mengumpulkan, menyimpan, dan mengolah, serta mengakses data informasi yang tersimpan pada rekam medis pasien di rumah sakit dalam suatu sistem manajemen basis data yang menghimpun berbagai sumber data atau informasi medis.[368] Penggunaan RME meningkatkan efisiensi operasional fasilitas kesehatan, mengurangi biaya yang terkait dengan pengelolaan dokumen fisik, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui data yang lebih akurat dan mudah diakses.[369]

Meskipun UU ITE Nomor 11 Tahun 2008 memberikan dasar hukum, masih diperlukan peraturan lebih lanjut untuk mengatur secara spesifik tentang penyelenggaraan RME. Sehingga kemudian Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa penyelenggaraan rekam medis menggunakan teknologi informasi akan diatur lebih lanjut dalam peraturan tersendiri. Meskipun secara implisit mengarah pada digitalisasi, peraturan turunan seperti Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis tidak menjelaskan lebih lanjut atau belum detail mengenai rekam medis elektronik atau aturan teknis terkait digitalisasi.[370]

Dengan demikian, kombinasi antara Permenkes No. 269 tahun 2008 dengan UU ITE Nomor 11 tahun 2008 tentang penyelenggaraan RME adalah untuk mengoptimalisasi implementasi dari penerapan sistem RME. Kedua peraturan ini memberikan kerangka hukum yang solid untuk pengelolaan rekam medis elektronik di Indonesia, dengan memastikan bahwa data-data pasien dilestarikan dengan aman dan dapat diakses dengan efektif.

H. Simpulan

Periode reformasi menandai sejumlah pencapaian dalam kebijakan kesehatan di Indonesia. Dari sisi tata kelola, kebijakan desentralisasi hadir sebagai kebijakan unggul pemerintah dibidang kesehatan, karena memungkinkan pemerintah daerah untuk turut mengatur dan berkontribusi pada pengembangan sistem kesehatan nasional. Kebijakan desentralisasi juga menunjukkan adanya upaya pemerintah untuk melakukan demokratisasi sektor kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan makin mudah diakses oleh semua orang dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

368 Wimmie Handiwidjojo, "Rekam Medis Elektronik" *Jurnal EKSIS* Vol 02 No 01 Mei 2009, hlm. 38.
369 Diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1679/transformasi-digital-rekam-medis-manual-menuju-rekam-medis-elektronik.
370 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022.

Dari sisi kebijakan produk obat dan alat kesehatan pada periode ini mencakup peningkatan pengawasan mutu melalui pembentukan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), penerapan kebijakan harga eceran tertinggi (HET) untuk meningkatkan aksesibilitas obat, serta pengembangan obat tradisional berbasis sumber daya alam lokal melalui program seperti Tanaman Obat Keluarga (TOGA). Desentralisasi memungkinkan pemerintah daerah mengelola pengadaan obat esensial, meningkatkan ketersediaan di tingkat puskesmas, dan mendukung pemerataan pelayanan kesehatan. Kebijakan ini memperkuat transparansi, efisiensi, dan daya saing industri farmasi nasional untuk mendukung kebutuhan kesehatan masyarakat.

Dari sisi kebijakan sistem informasi kesehatan pada periode ini terletak pada langkah awal digitalisasi yang meningkatkan transparansi dan efisiensi, terutama melalui pengenalan Sistem Informasi Kepegawaian (SIMPEG) untuk penempatan dokter. Sistem ini menghilangkan manipulasi penempatan tenaga kesehatan, menciptakan proses yang lebih adil, dan mendukung pengelolaan sumber daya manusia yang terstruktur. Selain itu, penerapan kebijakan seperti UU ITE tahun 2008 menyediakan dasar hukum yang kuat untuk pengelolaan data elektronik, termasuk rekam medis elektronik, sehingga mendukung keamanan informasi kesehatan serta meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di era desentralisasi.

Secara umum, kebijakan kesehatan pada periode ini ditandai dengan upaya demokratisasi dan pengurangan sentralisasi kekuasaan pemerintah pusat. Hal ini merupakan salah satu spirit yang berkembang pada masa Reformasi. Untuk merespon hal itu kemudian dibuat berbagai peraturan perundangan yang mencerminkan upaya demokratisasi dan desentralisasi kekuasaan, termasuk dalam konteks ini adalah dilakukan Amandemen UUD 1945 oleh MPR. Kekuasaan otoritarian yang terjadi pada masa pemerintahan Orde Baru memunculkan tuntutan adanya lembaga yang melakukan kontrol kekuasaan yang berasal dari luar pemerintah. Dalam konteks ini *civil society organisation* dan *non-government organization* muncul sebagai penyeimbang kekuasaan pemerintah. Dinamika politik inilah yang kemudian melahirkan UU No. 22 Tahun 1999 tentang pemerintahan daerah serta turunannya Peraturan Pemerintah No. 84 Tahun 2000, dan amandemen ke-4 UUD 1945 tahun 2002. UU No. 22 Tahun 1999 pasal 11 ayat 2 mengamanatkan terjadinya desentralisasi kesehatan yang mengharuskan adanya pelimpahan kewenangan bidang kesehatan kepada pemerintah daerah.

Pada periode ini, terjadi perubahan besar kebijakan dalam bidang SDM khususnya tenaga dokter dan dokter gigi melalui UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. UU No.29 Tahun 2004 telah menggeser kewenangan

pemerintah dalam bidang sumber daya manusia kesehatan kepada *civil society organisation*, dalam hal ini organisasi profesi (ormas) dan menandai perubahan paradigma dalam pengaturan profesi kedokteran di Indonesia. Pergeseran ini ditandai dengan pemberian wewenang yang lebih besar kepada organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam berbagai aspek, mulai dari pembentukan kolegium, rekomendasi izin praktik, hingga keterlibatan dalam Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Sementara amandemen ke-4 UUD 1945 tahun 2002 telah menambah 3 ayat pada pasal 34, yang intinya negara diamanatkan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Amanat ini kemudian oleh pemerintah diimplementasikan dalam kebijakan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) tahun 2004, Asuransi Kesehatan untuk Rakyat Miskin (Askeskin) tahun 2005, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2008. Program jaminan kesehatan pada periode ini diperkuat dengan terbitnya UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tahun 2004 dan UU No. 23 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Lahirnya UU No. 1 Tahun 2004 mengenai Perbendaharaan Negara, Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang diikuti dengan PP No. 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, PP No. 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, telah menjadikan RS vertikal sebagai BLU dan mengatur Rumah Sakit Daerah menjadi Lembaga Teknis Daerah (LTD) atau Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), yang memungkinkan pengelolaan keuangan melalui status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Secara keseluruhan, peraturan-peraturan ini menjadikan Rumah Sakit lebih mandiri, produktif, dan transparan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Penerapan BLU dan BLUD ini menjadikan RS pemerintah lebih fleksibel dalam dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Penerapan BLU dan BLUD ini menjadikan RS pemerintah lebih fleksibel dalam pengelolaan sumber daya khususnya sumber daya keuangan, sehingga mampu membuat keputusan lebih cepat dan tanggap dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Sebagai konsekuensi terjadinya Reformasi Politik yang melahirkan berbagai peraturan perundangan yang berhubungan secara langsung dengan bidang kesehatan mengakibatkan periode ini merupakan awal dari pelimpahan urusan kesehatan yang ada di Departemen Kesehatan. Wewenang-wewenang Departemen Kesehatan dilimpahkan ke berbagai lembaga pemerintah lainnya, termasuk desentralisasi ke pemerintah provinsi dan kabupaten, dan juga ke organisasi masyarakat.



Rapat Kerja Nasional Penanganan dan Pengendalian Virus Flu Burung oleh Komnas FBPI pada 1-2 Maret 2007, Sumber: Kemenkes RI



Pengesahan RUU Kesehatan tahun 2009 antara Pemerintah dengan DPR RI pada 11 September 2009, Sumber: Kemenkes RI



















BAB 3

Disrupsi Kebijakan dan Dilema Desentralisasi pada Masa Jaminan Kesehatan Nasional, 2009-2019

BAB 3
Disrupsi Kebijakan dan Dilema Desentralisasi pada Masa Jaminan Kesehatan Nasional, 2009-2019

Pembahasan dalam bab ini berfokus pada periode JKN dan merupakan pembahasan lanjutan untuk melihat perkembangan, perubahan, dan keberlanjutan dari berbagai kebijakan kesehatan dari periode sebelumnya, dengan menggunakan pendekatan yang sama. Pada periode ini terjadi sebuah perubahan mendasar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia ketika diterapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Falsafah yang dijadikan sebagai dasar kebijakan kesehatan ini adalah sila kelima Pancasila, bahwa negara mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Amandemen keempat UUD 1945 pada tahun 2002 terutama pada Pasal 34 mengamanatkan bahwa negara harus mengembangkan sistem jaringan sosial bagi seluruh rakyat. Amanat dasar negara dan UUD dasar ini kemudian direspon oleh pemerintah dengan menerbitkan UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang didalamnya mencakup jaminan pemeliharaan kesehatan, dan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Untuk menyelenggarakan program-program jaminan sosial di Indonesia maka dibentuklah BPJS berdasarkan UU Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS. BPJS kemudian menggantikan sejumlah lembaga-lembaga jaminan sosial yang ada seperti lembaga asuransi kesehatan PT Askes Indonesia diganti menjadi BPJS Kesehatan dan mulai beroperasi secara resmi pada 1 Januari 2014. BPJS adalah badan hukum publik milik negara yang bersifat non-profit dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Program JKN ini bertujuan mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan dengan tujuan menjamin kesehatan bagi

seluruh rakyat. Ketentuan ini penting untuk memastikan akses yang adil untuk semua warga negara, untuk tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau. Pada periode ini juga diterbitkan beberapa UU yang berdampak signifikan terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia yaitu UU Nomor 20 tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, dan UU Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan.

A. Kepemimpinan atau Tata Kelola

Kebijakan kesehatan Indonesia pada 2009-2019 bertumpu pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. Undang-undang tersebut menghadirkan sebuah transformasi sekaligus revolusi dalam kebijakan kesehatan di Indonesia melalui promosi "paradigma sehat".[1] Paradigma tersebut menggeser cara berpikir masyarakat semua tentang kebijakan kesehatan, yang sebelumnya hanya mengutamakan upaya-upaya kuratif dan rehabilitatif. Dengan paradigma sehat, sektor kesehatan kini menggeser fokusnya pada upaya-upaya preventif, sehingga meminimalisir gangguan dan bencana kesehatan di Indonesia.

Dalam hal kepemimpinan atau tata kelola, aspek demokratisasi menjadi kunci dalam penting pada periode ini. Pemikiran bahwa kesehatan adalah hak yang melekat bagi semua orang tercermin dalam undang-undang tersebut:

> "*Bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*".[2]

Demokratisasi sektor kesehatan juga ditegaskan oleh pemerintah melalui pasal 2, dimana pembangunan kesehatan di Indonesia mulai menganut asas perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, berkeadilan, berbasis gender, dan nondiskriminatif.[3] Demokratis dan berkeadilan, tentu saja prinsip tersebut membawa warna baru dalam sejarah kebijakan di Indonesia, dimana masyarakat diberikan ruang yang sangat besar dalam kebijakan kesehatan. Demokratisasi sektor kesehatan diikuti dengan sejumlah konsekuensi yang harus dipatuhi oleh masyarakat. Undang-Undang No. 36 tahun 2009 dalam hal ini mengatur kewajiban tiap-tiap orang dalam mengupayakan sistem kesehatan yang demokratis dan berkeadilan, antara

1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

lain seperti ikut mewujudkan kesehatan masyarakat, menghormati orang lain untuk memperoleh lingkungan yang sehat, wajib berperilaku hidup sehat, hingga menjaga kesehatan sesama.

Demokratisasi sektor kesehatan juga mewajibkan masyarakat untuk memiliki jaminan kesehatan sosial sebagaimana disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 13 ayat (1). Kewajiban tersebut kemudian diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, dimana pemerintah menetapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pasal 4 menyebutkan bahwa kepesertaan BPJS adalah bersifat wajib.[4] Namun, pengadaan undang-undang BPJS bukanlah proses yang singkat. Jauh UU tersebut diterbitkan, Kementerian Kesehatan melakukan survei ke berbagai negara, seperti Thailand, Malaysia, hingga Taiwan untuk mempelajari rumusan sistem jaminan kesehatan yang relevan dan bisa diadopsi oleh Indonesia.[5] Kementerian Kesehatan juga mengembangkan sumber daya manusianya untuk meningkatkan keahlian pada persoalan jaminan kesehatan, sehingga kedepannya, diharapkan bahwa kebijakan dibidang tersebut makin sesuai dengan kebutuhan bangsa Indonesia. Ketika UU telah diterbitkan dan BPJS resmi menjalankan tugas-tugasnya, Kementerian Kesehatan juga rutin mengadakan pertemuan konsultatif dengan BPJS Kesehatan untuk memastikan bahwa kebijakan JKN berjalan dengan baik. Untuk memastikan tak ada pelanggaran, Kementerian Kesehatan juga membuat *call center* yang menerima pengaduan terhadap pelanggaran, kecurangan, dan ketidakadilan JKN di lapangan.[6]

Demokratisasi sektor kesehatan pada periode ini juga didukung dengan masih dilanjutkannya tata kelola yang bersifat desentralisasi, sehingga pemerintah daerah memiliki kewenangan yang cukup luas. Hal ini mengacu pada pasal 167 pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, dimana pengelolaan kesehatan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat. Sebagai contoh, pemerintah daerah dapat mengadakan dan menempatkan tenaga kesehatan sesuai dengan keperluan di daerahnya hingga memiliki otoritas untuk menentukan jumlah, izin, dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang beroperasi di daerahnya. Desentralisasi tersebut juga diperkuat dengan lahirnya Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang memperkuat fakta bahwa sektor kesehatan adalah

4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.
5 Wawancara dengan drg. Usman Sumantri, MSc, Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, pada 7 Agustus 2024.
6 Wawancara tertulis dengan dr. Ratna Rosita, MPHM, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2010-2012, pada 27 September 2024.

urusan pemerintahan yang bersifat konkuren yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.[7] Secara konseptual, pemberian wewenang pada pemerintah daerah adalah bagian dari upaya mengoptimalkan pelayanan kesehatan yang merata dan adil, karena pemerintah daerah dianggap lebih dekat dan mengetahui kebutuhan masyarakat di wilayahnya.[8]

Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 setidaknya juga mengatur batas-batas kewenangan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah dalam empat bidang kesehatan. *Pertama*, dalam urusan kesehatan, dimana pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota memiliki wewenang untuk mengelola Unit Kesehatan Perorangan (UKP) dan Unit Kesehatan Masyarakat (UKM) di wilayahnya masing-masing serta memiliki otoritas untuk menerbitkan izin rumah sakit kelas B bagi pemerintah provinsi dan kelas C dan D bagi pemerintah kabupaten/kota. *Kedua*, dalam urusan sumber daya manusia, pemerintah daerah provinsi memiliki wewenang untuk merencanakan dan mengembangkan SDM untuk UKM dan UKP Provinsi, sementara pemerintah daerah kabupaten/kota memiliki kewenangan yang sama sekaligus berhak menerbitkan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.

Ketiga, dalam urusan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan/minuman. Dalam konteks ini, pemerintah daerah provinsi berwenang untuk menerbitkan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK). Sementara itu, pemerintah daerah kabupaten/kota memiliki wewenang yang jauh lebih banyak, seperti menerbitkan izin apotek, toko obat, dan toko alat kesehatan; menerbitkan izin usaha mikro obat tradisional; menerbitkan sertifikat produksi alat kesehatan kelas satu; menerbitkan izin produksi makanan dan minuman untuk industri rumah tangga, serta mengawasi post-market produk makanan dan minuman tersebut. *Keempat*, dalam urusan pemberdayaan masyarakat. Pemerintah daerah berwenang untuk memberdayakan tokoh, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha, untuk mempromosikan kesehatan masyarakat di daerahnya masing-masing. Pembagian wewenang pada keempat bidang tersebut menunjukkan betapa besarnya wewenang pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota dalam sektor kesehatan.

Namun demikian, Pemerintah Daerah tidak punya kewenangan dalam urusan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Urusan JKN dilimpahkan pada BPJS dan pemerintah pusat secara penuh. Kementerian Kesehatan, berfungsi sebagai regulator dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, sementara BPJS hadir

7 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.
8 Aries Djaenuri, *Hubungan Keuangan Pusat-Daerah: Elemen-elemen Penting Hubungan Keuangan Pusat-Daerah*, (Bogor: Ghalia Indonesia, 2012), hlm. 13.

sebagai pengelola yang harus berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan secara rutin. Adapun pemerintah daerah memiliki wewenang terbatas untuk memberikan sanksi terhadap pemberi kerja yang tidak memberikan BPJS pada karyawannya, sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 17.[9] Kewenangan lainnya adalah untuk mendukung pelaksanaan JKN sebagaimana yang diatur pada Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, dimana pemerintah daerah wajib mendukung jaminan kesehatan dengan meningkatkan pencapaian peserta di wilayahnya, memastikan kepatuhan pembayaran iuran, meningkatkan pelayanan kesehatan dan dukungan lainnya untuk kesinambungan JKN.[10]

Aspek lain yang juga penting dalam tata kelola kesehatan periode ini adalah kolaborasi antar lembaga. Dalam konteks ini, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan sejumlah lembaga kementerian dan nonkementerian lain yang tugas-tugasnya masih relevan dengan sektor kesehatan. Kementerian Kesehatan misalnya bekerja sama dengan BPOM untuk memastikan keamanan obat dan makanan yang telah, sedang, atau akan beredar; bekerja sama dengan BPJS untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional; berkolaborasi dengan BKKBN untuk pengendalian penduduk dan implementasi program Keluarga Berencana (KB); hingga berkolaborasi dengan Kementerian Perdagangan untuk impor obat-obatan dan alat kesehatan dari luar negeri.[11] Untuk mengawasi jalannya sektor kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, Kementerian Kesehatan juga menyelenggarakan kerja sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Namun, desentralisasi sektor kesehatan pada periode JKN ini tidak selalu berjalan mulus. Koordinasi antar pemerintah daerah ditingkat provinsi dan kabupaten/kota misalnya, tidak selalu berjalan sebagaimana mestinya ketika terjadi peralihan status fasilitas kesehatan. Misalnya, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cibinong di Kabupaten Bogor yang telah naik kelas tetapi tidak diikuti dengan peralihan tanggung jawab pelaksanaan tugas. RSUD Cibinong yang awalnya merupakan rumah sakit kelas C yang dikelola oleh pemerintah Kabupaten Bogor, seharusnya segera beralih menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi Jawa Barat ketika rumah sakit tersebut naik statusnya ke kelas B. Namun, peralihan tanggung jawab tersebut tidak kunjung terjadi.[12] Hal ini

9 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.
10 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Kerjasama Daerah dengan Daerah Lain.
11 Kementerian PPN/Bappenas, *Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan*, (Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas, 2019), hlm 4.
12 Kementerian PPN/Bappenas, *Ibid*., hlm. 2.

menunjukkan bahwa membangun sistem kesehatan yang demokratis dan sesuai dengan kebutuhan daerah tidaklah mudah.

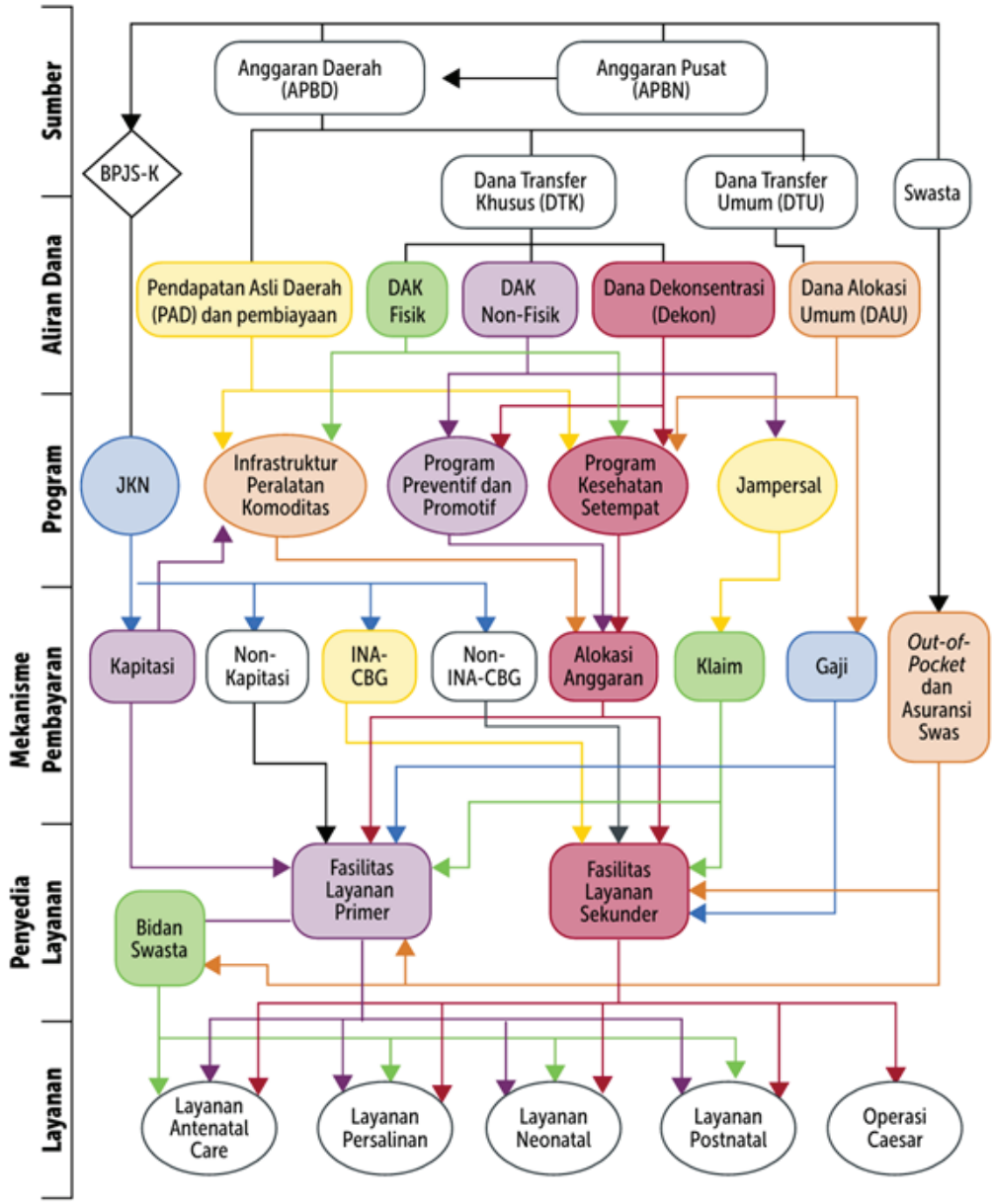
B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Pada tahun 2009, pemerintah Indonesia mulai mempersiapkan diri untuk mengimplementasikan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mencakup Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kebijakan ini didasari atas amanat dari Deklarasi Alma Ata dan target MDGs yang berfokus pada peningkatan kualitas dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, terutama bagi kelompok miskin dan rentan. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, dirancang untuk memberikan perlindungan sosial bagi seluruh warga negara. Tindakan awal ini mencerminkan komitmen pemerintah untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang lebih merata, meski saat itu tantangan dalam implementasi dan pendanaan masih menjadi perdebatan. Peluncuran JKN yang resmi dilaksanakan pada 1 Januari 2014 oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menandai babak baru dalam sistem kesehatan Indonesia. JKN bertujuan untuk mencapai cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*/UHC) pada 2019, suatu ambisi besar yang diharapkan mampu mengatasi kesenjangan akses layanan kesehatan antara pusat dan daerah.

Pelaksanaan JKN ini tidak terlepas dari upaya sinergi antara pemerintah pusat dan daerah. Dalam proses desentralisasi yang dimulai sejak era Reformasi, peran daerah menjadi krusial dalam mendistribusikan layanan kesehatan. Tata kelola pembiayaan kesehatan mengalami perubahan signifikan pasca ditetapkannya kebijakan desentralisasi. Pemerintah pusat mengalokasikan dana transfer ke daerah seperti Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang disalurkan ke pemerintah daerah untuk memperkuat pelayanan kesehatan lokal.[13] Namun, koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah seringkali menemui hambatan, terutama terkait ketidakselarasan prioritas kebijakan, yang berujung pada inefisiensi anggaran di beberapa daerah. Distribusi dana transfer ini juga masih belum merata, dengan penekanan pada wilayah luar Jawa-Bali untuk mengurangi kesenjangan ekonomi.

Tidak lama setelah implementasi JKN berjalan, permasalahan mulai bermunculan, salah satunya adalah krisis keuangan yang dialami oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Defisit anggaran BPJS Kesehatan menjadi sorotan utama, banyak pihak mempertanyakan keberlanjutan program ini. Antara tahun 2014 hingga 2019, BPJS Kesehatan terus mengalami defisit

13 Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 37 Tahun 2023: Pengelolaan Transfer ke Daerah. Diakses melalui https://jdih.maritim.go.id/berita/pp-372023-pengelolaan-transfer-ke-daerah.



Gambar 3.1: Aliran Dana dari Sumber Dana ke Penyedia Layanan Publik – contoh Kesehatan Maternal Neonatal. Sumber: Dorit Stein & Sitha Dewi, *Policy Brief Beragam Aliran Dana untuk Layanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Indonesia Kajian Hukum dan Regulasi*. (Jakarta: Health PolicyPlus,Maret 2020)

keuangan yang terus membengkak. Pada tahun 2019, defisit BPJS Kesehatan diperkirakan mencapai Rp 28,5 triliun. Penyebabnya antara lain iuran kepesertaan yang tak kunjung naik, peningkatan utilisasi layanan untuk penyakit katastropik, dan proporsi peserta PBI yang lebih tinggi dibanding non-PBI.[14]

Menanggapi krisis tersebut, pemerintah terpaksa melakukan penyesuaian tarif iuran BPJS pada beberapa kesempatan. Penyesuaian tarif iuran BPJS Kesehatan dilakukan oleh pemerintah melalui Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019. Tarif baru ini berlaku mulai 1 Januari 2020, dengan kenaikan berkisar 30-100% dari tarif sebelumnya.[15] Perpres ini mengatur iuran untuk kelas III naik dari Rp 25.500 menjadi Rp 42 ribu per bulan per peserta. Sementara, untuk kelas II naik dari Rp 51 ribu menjadi Rp 110 ribu, dan kelas I naik dari Rp 80 ribu menjadi Rp 160 ribu. Kenaikan ini menuai kontroversi masyarakat, karena dianggap memberatkan di tengah kondisi ekonomi yang sulit dan menuai protes dari berbagai kalangan, termasuk masyarakat, pekerja, hingga pengusaha.[16]

Kontroversi mengenai perubahan tarif BPJS serta pengelolaan defisit BPJS Kesehatan menjadi salah satu dinamika utama dalam kebijakan kesehatan selama periode ini. Di tengah situasi yang kompleks ini, muncul berbagai kritik terkait manajemen BPJS yang dinilai belum efektif dalam menekan biaya dan meningkatkan pendapatan. Tidak hanya itu, dalam beberapa kasus, pemerintah daerah juga mengeluhkan kurangnya transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan dana transfer yang diterima, termasuk BOK dan DAK, yang seharusnya digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan daerah.

Krisis keuangan yang dialami BPJS dan masalah dalam tata kelola dana transfer daerah mengungkapkan fakta bahwa terdapat ketimpangan yang lebih besar dalam sistem kesehatan Indonesia. Pada satu sisi, pemerintah pusat terus mendorong kebijakan yang berorientasi pada pemerataan akses, namun pada sisi yang lain, pelaksanaannya sering kali terganjal oleh kepentingan politik lokal dan infrastruktur yang belum merata. Kritik terhadap efektivitas JKN juga terus bermunculan, terutama terkait ketidakmampuan program ini untuk mengakomodasi semua segmen masyarakat dengan adil. Pertanyaan besar pun

14 "Defisit BPJS Kesehatan Diramal Bengkak Jadi Rp 28,5 T di 2019", cnnindonesia.com., diakses melalui: https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20190822090846-78-423637/defisit-bpjs-kesehatan-diramal-bengkak-jadi-rp285-t-di-2019

15 Diakses melalui https://setkab.go.id/perpres-no-75-2019-inilah-tarif-baru-iuran-bpjs-kesehatan-yang-berlaku-per-1-januari-2020/

16 Diakses melalui https://ombudsman.go.id/news/r/iuran-bpjs-kesehatan-tidak-pantas-naik-masyarakat-menjadi-pihak-yang-harus-menanggung-kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-ini; https://www.cnnindonesia.com/nasional/20191007174619-12-437520/kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-digugat-ke-ma; https://www.tribunnews.com/nasional/2019/11/06/masyrakat-protes-iuran-bpjs-naik-100-begini-tanggapan-pemerintah

muncul: Apakah desentralisasi justru memperparah ketimpangan, ataukah masalah sebenarnya terletak pada desain kebijakan yang terlalu ambisius? Akankah JKN mampu mewujudkan cita-cita cakupan kesehatan semesta?

1. Alokasi Anggaran dan Sumber Pembiayaan Kesehatan

Pada tahun 2009, kebijakan penganggaran untuk sektor kesehatan di Indonesia mengalami babak baru dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Terdapat beberapa kebijakan pemerintah mengakibatkan ruang gerak fiskal (*fiscal space*) semakin terbatas antara lain: (1) pemenuhan belanja negara yang sifatnya wajib (*mandatory spending*); (2) besaran belanja negara dalam rangka memberikan subsidi, baik energi maupun non energi; dan (3) belanja akibat kejadian yang sifatnya darurat atau luar biasa. Undang-undang ini secara eksplisit mengatur ketentuan mandatory spending atau pengeluaran wajib di sektor kesehatan, menetapkan minimal 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan minimal 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dialokasikan untuk kesehatan.

Selama periode 2009-2019, realisasi anggaran kesehatan dari APBN berkisar antara 2,1% hingga 2,4%, jauh di bawah rekomendasi WHO yang menyarankan minimal 15% dari total APBN atau 5% dari PDB untuk sektor kesehatan.[17] Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebijakan yang ditetapkan dan implementasi di lapangan. Ketergantungan yang tinggi pada iuran peserta JKN juga menambah kompleksitas situasi. Iuran JKN yang dianggap terlalu rendah untuk menutupi biaya pelayanan yang terus meningkat menyebabkan defisit keuangan pada BPJS Kesehatan. Defisit ini mendorong pemerintah untuk memberikan suntikan dana tambahan melalui APBN dan mencari sumber pembiayaan alternatif, seperti Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH-CHT) dari pajak rokok. Meskipun pajak rokok digunakan untuk menutupi defisit, namun kontribusinya belum cukup signifikan untuk menyelesaikan masalah keuangan yang ada.

Di samping alokasi dari APBN dan APBD, skema transfer anggaran seperti Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) memainkan peran penting dalam mendukung pembiayaan sektor kesehatan di tingkat daerah. Meskipun DAU bersifat umum dan tidak secara spesifik dialokasikan untuk kesehatan, memberikan fleksibilitas bagi pemerintah daerah untuk menggunakan anggaran sesuai dengan prioritas lokal, termasuk sektor kesehatan. Sementara itu, DAK dan BOK secara khusus

17 Diakses melalui https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/98-alokasi-anggaran-untuk-kesehatan-ri-kalah-dari-negara-miskin

diarahkan untuk mendukung proyek-proyek infrastruktur kesehatan melalui DAK Fisik dan operasional layanan kesehatan dasar melalui DAK Non-Fisik. Namun demikian, tantangan besar masih dihadapi dalam hal efektivitas dan efisiensi penggunaan dana ini. Implementasi di tingkat daerah seringkali tidak tepat sasaran, terutama dalam hal pengelolaan DAK dan BOK yang terkadang tidak sesuai dengan prioritas kebutuhan kesehatan lokal. Paket kebijakan yang diluncurkan oleh Pemerintah menjadi angin segar dalam memberikan landasan yang kokoh bagi perbaikan kualitas layanan kesehatan di seluruh Indonesia. Namun, apakah pengalokasian anggaran ini cukup untuk menyelesaikan persoalan kesehatan yang kompleks?

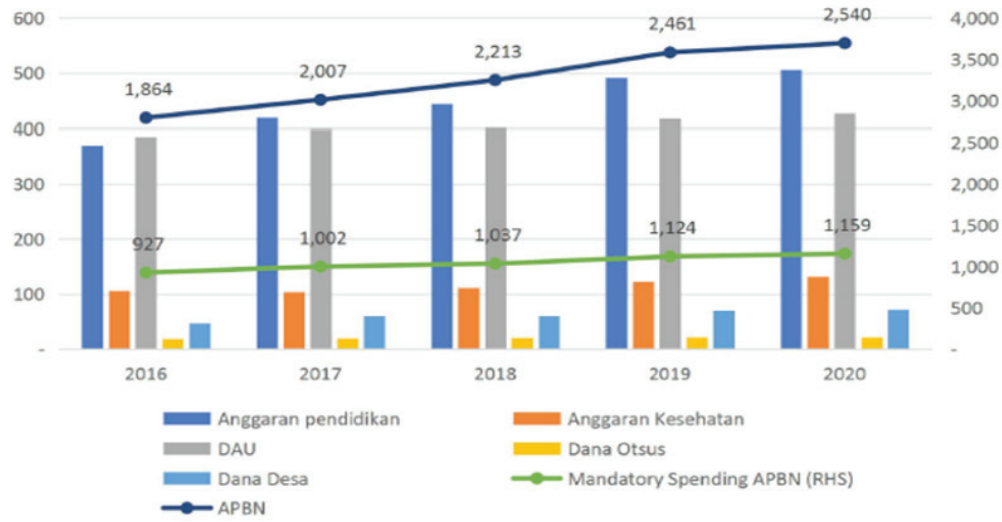
2. Mandatory Spending

Istilah *mandatory spending* mulai diperkenalkan di Indonesia pada tahun 2003, dalam tata kelola keuangan pemerintah daerah meliputi alokasi anggaran atau kewajiban pengeluaran yang ditetapkan ("dikunci") dalam peraturan perundang-undangan, meskipun tidak diamanatkan langsung oleh konstitusi. Beberapa bentuk *mandatory spending* antara lain.[18]

1. Alokasi anggaran pendidikan sebesar 20% dari APBD sesuai amanat UUD 1945 pasal 31 ayat (4) dan UU No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pasal 49 ayat (1).
2. Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji (UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan).
3. Dana Transfer Umum (DTU) diarahkan penggunaannya, yaitu paling sedikit 25% (dua puluh lima persen) untuk belanja infrastruktur daerah yang langsung terkait dengan percepatan pembangunan fasilitas pelayanan publik dan ekonomi dalam rangka meningkatkan kesempatan kerja, mengurangi kemiskinan, dan mengurangi kesenjangan penyediaan layanan publik antardaerah (UU APBN).
4. Alokasi dana Desa (ADD) paling sedikit 10% dari dana perimbangan yang diterima Kabupaten/Kota dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah setelah dikurangi Dana Alokasi Khusus (UU No. 6 Tahun 2014 Tentang Desa).

Mandatory spending dalam bidang kesehatan bertujuan untuk mengurangi ketimpangan sosial dan ekonomi, terutama di daerah terpencil, dengan memastikan alokasi anggaran yang cukup untuk pelayanan kesehatan publik. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan

18 https://djpk.kemenkeu.go.id/?ufaq=apakah-yang-disebut-dengan-mandatory-spending



Grafik 3.1: Anggaran *Mandatory Spending* 2016-2020. Sumber: Slamet Widodo, "Efisiensi & Efektivitas Belanja Pegawai, Barang & Modal", *Analisis Ringkas Cepat*, No. 02/arc.PKA/IV/2020, Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian Sekretariat Jenderal DPR RI, 2020.

kesehatan bagi masyarakat miskin, lansia, dan kelompok rentan lainnya. Selain itu, *mandatory spending* memberikan kepastian hukum terkait alokasi anggaran, sehingga dapat melindungi sektor kesehatan dari konflik kepentingan dengan sektor lain. Secara keseluruhan, ini berfungsi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Alokasi yang ditentukan menetapkan minimal 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan minimal 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dialokasikan untuk kesehatan.

Pada praktiknya, realisasi anggaran kesehatan sering kali tidak mencapai target yang ditetapkan. Faktanya, *mandatory health spending* nasional hanya 2,7-4,9% pada 2012-2019, dan 6,6-9,4% pada 2020-2022, naik saat pandemi. Situasi serupa juga ditemukan pada APBD, tahun 2017, dari 542 daerah provinsi, kabupaten, dan kota di seluruh Indonesia, daerah yang telah memenuhi kewajiban minimal 10 persen anggaran kesehatan baru 177 daerah.[19] Dinamika yang terjadi tentang *mandatory spending* dihadapkan pada dua kondisi, yaitu alokasi anggaran yang stabil dan anggaran berbasis outcome.[20]

19 Niar Afdhal Luthfi, "Efektivitas Penggunaan Pajak Rokok dan Intercept Dana Alokasi Umum dalam Mengurangi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan", *Jurnal Anggaran dan Keuangan Negara Indonesia (AKURASI)*, Vol. 1 No. 2 (2019), hlm. 143-163.

20 https://theconversation.com/uu-kesehatan-baru-pemangkasan-mandatory-spending-justru-potensial-turunkan-angka-harapan-hidup-209858

Tujuan mulia *mandatory spending* dalam menjamin alokasi dana kesehatan yang stabil, melindungi anggaran dari persaingan dengan sektor lain dan menjaga kesinambungan layanan kesehatan, bahkan saat menghadapi tekanan fiskal; kerap dihadapkan pada masalah seperti perencanaan yang kurang matang dan kapasitas pemantauan yang rendah di daerah, sehingga menimbulkan inefisiensi dalam penggunaan anggaran. Mandatory spending juga tidak selalu diiringi dengan perbaikan kualitas layanan kesehatan. Tingginya alokasi anggaran tidak selalu mencerminkan peningkatan *outcome* kesehatan masyarakat. Disamping itu, kurangnya panduan teknis yang jelas di tingkat lokal menjadi tantangan dalam pelaksanaan kebijakan ini.

Kontraproduktif mandatory spending didukung oleh pendapat WHO, bahwa tidak ada angka pasti yang dapat menjamin keberhasilan dalam pengeluaran kesehatan. Fokus seharusnya bukan hanya pada mencapai target pengeluaran tertentu, tetapi lebih pada bagaimana sumber daya yang tersedia dapat digunakan secara efektif untuk mencapai tujuan kesehatan universal.[21]

Kendala di level Kabupaten/ Kota juga hampir sama, bahkan lebih kompleks. Kesehatan kerap menjadi alat politik yang menyebabkan alokasi mandatory spending selalu memiliki alasan untuk tidak terpenuhi. Selain permasalahan tersebut, kendala dalam pelaksanaan *mandatory spending* untuk layanan kesehatan antara lain

1. Kapasitas Fiskal Daerah yang Terbatas sehingga banyak daerah yang hanya mampu mengalokasikan 3-4% dari anggaran mereka untuk kesehatan, jauh di bawah batas minimal yang ditetapkan.[22]
2. Ketidakadilan Geografis: Ada ketimpangan dalam distribusi anggaran kesehatan antar daerah. Misalnya, klaim BPJS Kesehatan menunjukkan kenaikan tajam di beberapa wilayah seperti DKI Jakarta dan Jawa Barat, sementara wilayah lain seperti NTT dan Papua memiliki klaim yang jauh lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ada *mandatory spending*, pemerataan layanan kesehatan belum tercapai.[23]
3. Penggunaan Dana yang Tidak Efisien dan adanya ego sektoral antar dinas dalam satu pemerintah daerah

Hal ini diperkuat dengan tidak terdapat sanksi, maupun insentif atau disinsentif

21 https://www.thejakartapost.com/opinion/2023/07/08/no-magic-number-for-mandatory-health-spending-amid-multiple-crises.html; https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1

22 https://theconversation.com/uu-kesehatan-baru-apakah-penghapusan-anggaran-wajib-minimal-5-apbn-dan-10-apbd-tepat-saat-ini-209875

23 Diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3667008/kemenkes-10-tahun-mandatory-spending-tak-jamin-kesehatan-lebih-baik

yang jelas, bagi pemerintah daerah (pemda) jika mereka gagal memenuhi persyaratan alokasi anggaran minimal. Kondisi-kondisi tersebut menyebabkan implementasinya sering kali tidak konsisten.

3. Dana Alokasi Khusus

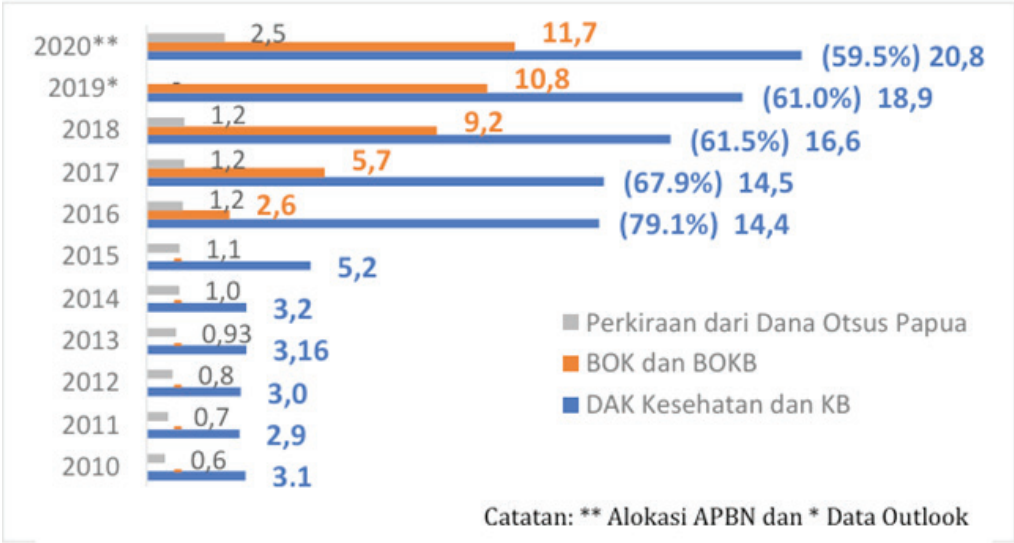
Mandatory spending lainnya, Dana Transfer Umum, yang diterjemahkan dalam sektor kesehatan menjadi DAK memainkan peran penting. Pengalokasian DAK sebagai bagian dari Belanja Transfer ke Daerah (TKD) bidang kesehatan, mulai ditetapkan pada APBN TA 2003. DAK dibagi menjadi DAK Fisik Kesehatan (reguler) meliputi beberapa sub bidang terkait infrastruktur kesehatan, seperti pelayanan kesehatan dasar, rujukan, farmasi, dan lain-lain; dan DAK Nonfisik secara spesifik mendukung kualitas ketersediaan DAK Fisik yang memadai, termasuk BOK dan Jampersal, serta penguatan melalui akreditasi RS, Puskesmas, Labkesda, dan lain-lain.

Sebagai salah satu komponen Dana Perimbangan, DAK Kesehatan memiliki dua fungsi strategis. Pertama, sebagai bagian belanja Transfer ke Daerah berfungsi memberikan perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah. Kedua, berfungsi sebagai bagian dari anggaran kesehatan yang bersifat mandatory spending pemerintah dimana memiliki peranan penting untuk menjamin ketersediaan sarana kesehatan dasar berkualitas dalam rangka mewujudkan masyarakat yang sehat.

DAK memiliki formula yang sudah dirumuskan oleh pemerintah pusat untuk pembagiannya. Formula ini mempertimbangkan kapasitas fiskal daerah, termasuk daerah yang memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan dinas kesehatan yang lemah. Meskipun demikian, tidak ada daerah yang ditinggalkan dalam pembangunan fisik melalui DAK. Jumlah Puskesmas yang mencapai 9.000 diupayakan agar memiliki alat medis yang memadai hingga canggih. Namun, tantangan infrastruktur pendukung, seperti akses jalan, listrik, dan internet, masih perlu diatasi; yang menjadi trigger awal bahwa urusan kesehatan tidak bisa dikerjakan hanya oleh sektor kesehatan, melainkan membutuhkan kolaborasi lintas sektor.[24]

Alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik di bidang kesehatan merupakan komponen penting dalam belanja Transfer ke Daerah (TKD) yang berfungsi untuk mendukung pembangunan kesehatan sesuai dengan prioritas nasional. DAK Fisik kesehatan, yang termasuk dalam kategori afirmasi, menjadi alokasi belanja terbesar dalam fungsi kesehatan. Seiring perkembangan kebijakan pemerintah,

24 Wawancara dengan drg. Oscar Primadi, MPH - Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2018 - 2021 pada 18 Juni 2024.



Grafik 3.2: Realisasi/Alokasi Anggaran DAK Kesehatan (dalam triliun rupiah). Sumber: Portal data APBN Kementerian Keuangan (diolah)

bidang-bidang dalam DAK Fisik dan Nonfisik mengalami perubahan setiap tahunnya untuk menyesuaikan dengan prioritas pembangunan.

DAK Non Fisik, seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), berfungsi sebagai dukungan operasional untuk program prioritas nasional di bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab daerah. Pada tahun 2015, terjadi perubahan signifikan dalam kebijakan pembangunan daerah yang bertujuan untuk meningkatkan perekonomian lokal dan memberikan tanggung jawab lebih besar kepada daerah. Perubahan ini tercermin dalam mekanisme penyaluran dana (*fund channeling*) yang bertransformasi dari sistem Tugas Pembantuan (TP) menjadi DAK, sebagaimana diatur dalam Permenkes 82 Tahun 2015.

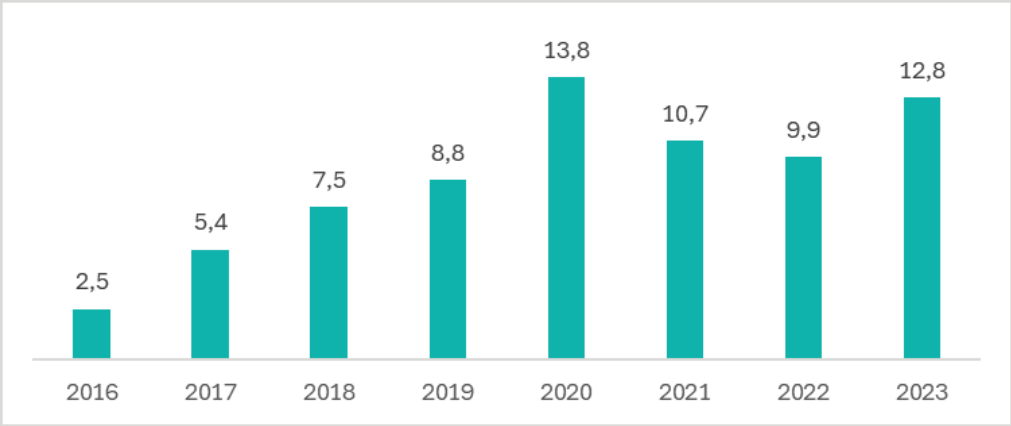
Pada periode tahun 2015- 2019, terjadi beberapa perubahan kebijakan, baik dalam mekanisme pengalokasian maupun mekanisme penyaluran DAK Fisik. Mekanisme pengalokasian DAK Fisik mengalami perubahan yang cukup signifikan, dimana dalam periode sebelum tahun 2015, mekanisme pengalokasian lebih bersifat *top-down* menggunakan *formula based,* sedangkan untuk periode setelah tahun 2015, mekanisme alokasi merupakan kolaborasi antara kebijakan *top-down dan bottom-up* berdasarkan usulan daerah dan kesesuaian dengan prioritas nasional.

Mekanisme penyaluran DAK Fisik pada periode tahun 2015-2019 juga

mengalami beberapa perubahan. Persyaratan penyaluran DAK Fisik mengalami beberapa penambahan yaitu pada tahun 2017 rekapitulasi daftar kontrak, tahun 2018 rencana kegiatan, dan tahun 2019 adanya reviu atas laporan realisasi penyerapan dan dan capaian output dari Inspektorat Daerah atau lembaga pemerintah yang berwenang melaksanakan pengawasan keuangan dan pembangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selaras dengan perubahan tersebut, dalam Permenkes 2 tahun 2019, memberikan petunjuk operasional yang lebih rinci mengenai penggunaan DAK Fisik untuk tahun anggaran 2019. Peraturan ini menekankan pentingnya alokasi DAK Fisik untuk mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan melalui penyediaan sarana prasarana dan alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, penyelarasan dengan prioritas nasional seperti pengentasan stunting dan peningkatan layanan kesehatan dasar. Perubahan-perubahan ini mencerminkan upaya pemerintah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penggunaan DAK Fisik di bidang kesehatan, serta memastikan bahwa dana tersebut benar-benar mendukung peningkatan layanan kesehatan di daerah sesuai dengan kebutuhan dan prioritas nasional.

Sementara pada DAK Non Fisik bidang kesehatan dikenal sebagai Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Kebijakan pelaksanaan BOK berdasarkan Kepmenkes No 494/Menkes/SK/IV/2010 bertujuan membantu puskesmas dan jaringannya serta Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKMB) dalam melaksanakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) menuju Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015.

Mekanisme penyaluran BOK mengalami penyesuaian pada tahun 2011 melalui Permenkes Nomor 210/Menkes/Per/I/2011. Perubahan utamanya adalah beralih dari mekanisme Bantuan Sosial menjadi Tugas Pembantuan, di mana kepala daerah kabupaten/kota diberi wewenang mengelola anggaran Kementerian Kesehatan di tingkat lokal. Pengelolaan BOK juga diintegrasikan dengan program Jamkesmas dan Jampersal untuk meningkatkan efektivitas pencapaian MDGs. Permenkes tersebut juga mengatur besaran alokasi dana BOK untuk setiap kabupaten/kota ditetapkan berdasarkan SK Menteri Kesehatan dan besaran alokasi dana BOK setiap Puskesmas di kabupaten/ kota ditetapkan berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Hal-hal yang menjadi faktor yang dipertimbangkan dalam penentuan besaran alokasi dana BOK sebagai berikut; 1) Jumlah penduduk, 2) Luas wilayah/kondisi geografis, 3) Kesulitan wilayah, 4) Cakupan program, 5) Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas, 6) Situasi dan kondisi yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota setempat.



Grafik 3.3: Alokasi dana BOK tahun 2016-2023. Sumber: DJPK Kementerian Keuangan (diolah: Portal Data SIKD (kemenkeu.go.id)

Tabel 2.1. Efektivitas dan Jangkauan Program BOK, 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Sasaran	Puskesmas Dinas Kesehatan Kab/Kota	Puskesmas Balai Kesehatan Masyarakat (BKM) Kab/ Kota Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kab/ Kota;	Dinas Kesehatan Provinsi dan BKM Dinas Kesehatan Kab/ Kota dan UPT-nya, yaitu Puskesmas; BKM, laboratorium kesehatan daerah; instalasi farmasi kab/kota Rumah Sakit Daerah.	Puskesmas Dinas kesehatan kab/ kota; dan BKM Dinas Kesehatan Provinsi; Balai kesehatan masyarakat UPT dinas Kesehatan
Ruang Lingkup	Upaya kesehatan Promotif dan preventif; Dukungan manajemen di puskesmas Dukungan manajemen SKPD Kesehatan Kab/ Kota	BOK untuk puskesmas; BOK Dinas Kesehatan Kab/Kota dan BKM; BOK untuk distribusi obat, vaksin dan BMHP serta pemanfaatan sistem e-logistik di Instalasi Farmasi Kab/Kota	BOK Puskesmas BOK Kab/Kota BOK Provinsi Distribusi obat, vaksin dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik	BOK Provinsi BOK Kab/Kota BOK Stunting BOK Distribusi Obat & E-logistik BOK Puskesmas Dukman BOK Kab/Kota dan Jampersal

Pada tahun 2010 dan 2011 BOK difokuskan pada 6 upaya kesehatan promotif preventif meliputi KIA-KB, Imunisasi, Perbaikan Gizi Masyarakat, Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit; namun sejak

Tabel 2.2: Permasalahan Akuntabilitas Pengelolaan DAK

Kemenkes	Pemda
Alokasi DAK Tidak Sesuai Tujuan Pengelolaan DAK Fisik sering kali tidak sesuai dengan tujuan pelayanan kesehatan dasar. Misalnya, alokasi untuk laboratorium yang seharusnya mendukung penelitian dan pengembangan kesehatan, bukan peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar	Rendahnya Penyerapan Anggaran Banyak daerah menunjukkan rendahnya penyerapan anggaran DAK Kesehatan, baik fisik maupun nonfisik, disebabkan oleh keterlambatan penyaluran dari pusat ke daerah, serta perencanaan kegiatan yang belum optimal.
Sistem Informasi Tidak Terintegrasi Sistem informasi yang digunakan dalam pengelolaan DAK Kesehatan belum terintegrasi dengan baik antara berbagai aplikasi seperti KRISNA, OM-SPAN, dan ASPAK. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam pengusulan dan penilaian usulan DAK Fisik Kesehatan	Kualitas dan Kuantitas SDM Terbatasnya sumber daya manusia dalam hal kuantitas dan kualitas di daerah menghambat proses pencairan dan realisasi DAK Kesehatan. Ini juga berpengaruh pada pengelolaan dana operasional kesehatan seperti BOK
Regulasi Monitoring dan Evaluasi Belum Optimal Belum adanya regulasi yang jelas mengenai monitoring dan evaluasi DAK Fisik dan Nonfisik oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mengakibatkan pemantauan yang kurang optimal dan potensi kesalahan berulang	Data Tidak Valid Penggunaan data yang tidak mutakhir atau valid dalam pengalokasian DAK Nonfisik, seperti perbedaan jumlah puskesmas dalam perhitungan BOK, menyebabkan alokasi yang tidak tepat sasaran

tahun 2012 hingga 2019, BOK lebih diperluas dengan adanya tambahan untuk 1 (satu) upaya kesehatan lain yang sesuai dengan risiko dan masalah utama kesehatan di wilayah setempat dengan tetap mengacu pada pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) serta target MDGs Bidang Kesehatan tahun 2015.

Sejak tahun 2016 hingga 2019, cakupan dan target BOK terus berkembang. Perubahan-perubahan ini menunjukkan upaya pemerintah untuk meningkatkan efektivitas dan jangkauan program BOK dalam mendukung layanan kesehatan di berbagai tingkat pemerintahan.

Pelaksanaan DAK banyak ditemui permasalahan. Salah satu yang didapati bahwa banyak terjadi perbedaan besaran pengalokasian DAK Fisik Reguler Kesehatan Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan (Prioritas Daerah), yang dilakukan tidak berdasarkan mekanisme dan formula perhitungan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini disebabkan belum adanya mekanisme perhitungan yang andal dalam pengalokasian DAK. Berbagai permasalahan yang terjadi dan diungkap oleh Badan Pemeriksa Keuangan

(BPK) antara lain disebabkan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) belum memiliki kriteria dan prosedur penyesuaian pengalokasian DAK fisik, belum dialokasikannya DAK Afirmasi sesuai kriteria daerah afirmatif, dan belum adanya mekanisme formal perhitungan alokasi DAK Fisik.

Berdasarkan laporan dari Pusat Kajian Akuntabilitas Keuangan Negara, Sekjen DPR RI (2020), menyebutkan beberapa permasalahan akuntabilitas kinerja pengelolaan DAK Kesehatan, baik di tingkat Kementerian Kesehatan maupun pemerintah daerah.

Secara khusus, terdapat juga kajian yang dilaksanakan dalam meninjau pelaksanaan BOK yang dilaksanakan tahun 2021. Kendala justru hadir dari Pemerintah Daerah, terutama Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota dalam mengoperasionalkan dana BOK. Kendala terlihat seragam dan secara umum sama dan cenderung berulang, yaitu: 1) keterlambatan pencairan dana serta batasan/aturan untuk penggunaan dana BOK yang secara potensial dapat menjadi temuan Inspektorat; 2) kendala saat pencairan berupa birokrasi dan administrasi; 3) masih kurangnya SDM yang dikhususkan sebagai pengelola program BOK agar lebih fokus; 4) mekanisme APBD terkadang sedikit menyulitkan atau memperlambat realisasi karena harus menunggu pengesahan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah; 5) Petunjuk teknis BOK yang dikeluarkan sering berubah dan tidak sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat atau disusun oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Provinsi; 6) Kebijakan BOK berbasis sub-kegiatan bukan output, sehingga banyak sub-kegiatan yang tidak dapat terlaksana dan tidak sesuai dengan kearifan lokal; 7) pemilihan aktivitas kegiatan sudah dikunci, sehingga sulit bagi daerah dengan kearifan lokal (seperti Jayapura) untuk memaksimalkan penyerapan anggaran; 8) penyerapan yang rendah karena adanya batasan dalam juknis, seperti dibatasinya honor narasumber kegiatan; 9) Beberapa daerah fokus dalam penyerapan anggaran; 10) adanya beberapa bagian dari juknis BOK yang bersinggungan dengan aturan lainnya.[25]

Penyediaan anggaran BOK yang tidak proporsional dan sesuai kebutuhan daerah memang kerap terjadi. Sebagian besar daerah di Pulau Jawa mendapatkan BOK jauh lebih tinggi dari jumlah yang mereka butuhkan, sementara pada wilayah Timur Indonesia (Maluku dan Papua) justru sebaliknya. Pada *mandatory spending*, tantangan yang muncul meliputi perencanaan yang kurang matang, rendahnya kapasitas pemantauan di daerah, serta inefisiensi dalam penggunaan anggaran. Selain itu, tingginya alokasi anggaran belum tentu diikuti dengan perbaikan nyata dalam outcome kesehatan masyarakat. Pengalaman dalam

25 Eddy Suratman, *Kajian Costing Berbasis Layanan Kesehatan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)*, (Jakarta: Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan & Kemenkeu, 2022).

mengelola DAK menunjukkan adanya hambatan seperti ketidaksesuaian alokasi dengan tujuan, integrasi sistem informasi yang lemah, rendahnya penyerapan anggaran, serta keterbatasan sumber daya manusia di daerah. Pendekatan anggaran berbasis kinerja menjadi penting untuk mengatasi masalah-masalah ini, dengan menekankan pada hasil dan dampak pengeluaran daripada sekadar jumlah alokasi, sehingga dapat mendukung upaya mencapai tujuan kesehatan universal secara lebih efektif.

Sekalipun UU Nomor 17 Tahun 2003 telah mengamanatkan reformasi pengelolaan keuangan negara, namun pola penganggaran konvensional masih terjadi. Tujuan utama penerapan anggaran berbasis kinerja untuk meningkatkan efisiensi, transparansi, serta akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran kesehatan; masih belum diimplementasikan dengan baik.

4. Jaminan Kesehatan Nasional

Pada 1 Januari 2014, PT Askes resmi bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagai bagian dari upaya pemerintah mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional. Transformasi ini didasarkan pada Undang-Undang No. 24 Tahun 2011, yang menjadikan BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Sejak didirikan pada 15 Juli 1968, PT Askes telah melayani jaminan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS), pensiunan, veteran, dan keluarganya selama lebih dari lima dekade.[26] Perubahan menjadi BPJS dirancang dengan lebih positif, untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan bagi seluruh rakyat untuk memenuhi biaya layanan kesehatan melalui pengumpulan Dana Jaminan Sosial Kesehatan. Selama ini, biaya kesehatan sangat mahal sehingga muncul adagium orang miskin tidak boleh sakit.

Melalui bentuk BPJS Kesehatan, pemerintah mulai melayani 140 juta peserta, termasuk 86,4 juta peserta Jamkesmas, 11 juta peserta Jamkesda, 16 juta peserta Askes, 7 juta peserta Jamsostek, dan 1,2 juta peserta dari unsur TNI dan Polri. Prinsip dasar BPJS Kesehatan meliputi kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, akuntabilitas, portabilitas, dan kewajiban kepesertaan untuk seluruh masyarakat Indonesia.

Pemerintah mendukung pelaksanaan JKN pada tahun 2014 sejak satu tahun sebelumnya, antara lain dengan melakukan alokasi anggaran untuk penyertaan modal negara pada masing-masing BPJS, peningkatan fasilitas dan

26 "Mulai 1 Januari 2014, Pemerintah Beri Jaminan Kesehatan 140 Juta Peserta BPJS." diakses melalui https://setkab.go.id/mulai-1-januari-2014-pemerintah-beri-jaminan-kesehatan-140-juta-peserta-bpjs/

kapasitas puskesmas dan rumah sakit pemerintah, serta tenaga medis. Alokasi anggaran dilakukan untuk kegiatan sosialisasi, edukasi, dan advokasi kepada masyarakat tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan juga memiliki peran pemerintahan (governing function) di sektor pelayanan umum, yang sebelumnya sebagian dilakukan oleh badan usaha milik negara dan sebagian lainnya oleh lembaga pemerintah. Saat ini, kombinasi kedua fungsi tersebut tercermin dalam status BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang bertugas mengelola layanan umum dalam penyelenggaraan jaminan sosial nasional.

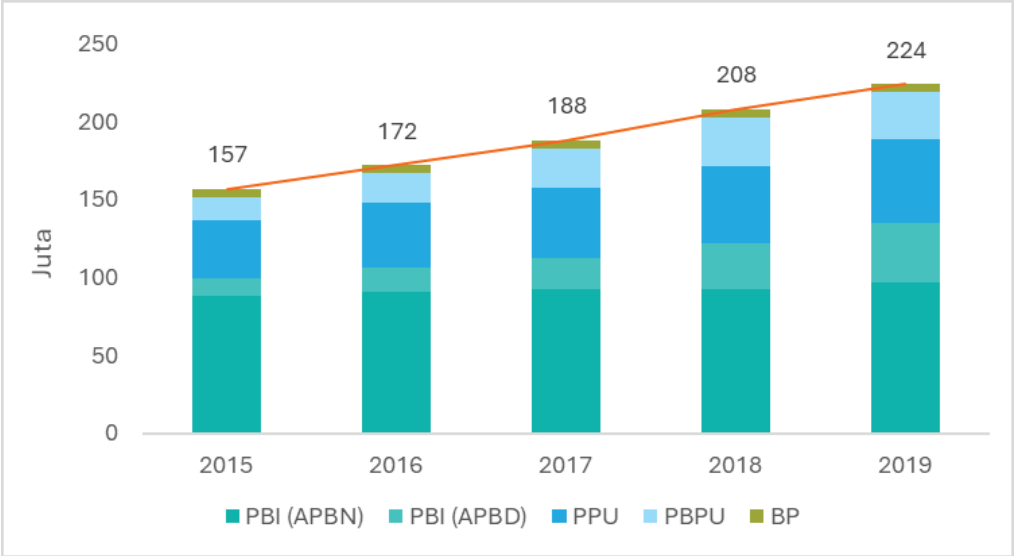
Modal awal BPJS Kesehatan berasal dari APBN, dan selanjutnya memperoleh kekayaan sendiri, yang mencakup aset BPJS Kesehatan serta aset dari dana jaminan sosial sesuai dengan peraturan yang berlaku. BPJS Kesehatan memiliki kewenangan di seluruh wilayah Republik Indonesia dan dapat mewakili negara dalam hubungan dengan badan internasional. Ciri ini membedakan BPJS Kesehatan dari lembaga hukum atau instansi pemerintah lainnya. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan merupakan salah satu bentuk Badan Hukum Milik Negara (BHMN) dan tugasnya dilaporkan langsung kepada Presiden sebagai kepala pemerintahan.

Selaras dengan cita-cita Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua kategori utama: 1) Peserta PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu, yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah, 2) Peserta Non PBI terdiri dari beberapa kelompok: Pekerja Penerima Upah (PPU) termasuk PNS, anggota TNI/Polri, pejabat negara, dan pegawai swasta; Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau pekerja mandiri; serta Bukan Pekerja seperti investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan.[27] Pembagian ini bertujuan untuk mencakup seluruh lapisan masyarakat Indonesia dalam sistem jaminan kesehatan, sesuai dengan prinsip gotong royong dan keadilan sosial, dengan target pemerintah mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) di mana 95% atau 257,5 juta jiwa penduduk Indonesia menjadi peserta JKN pada Januari 2019.

Pemerintah mengalokasikan anggaran bidang kesehatan dalam rangka pelaksanaan SJSN kesehatan sebesar Rp 19.932,5 miliar diperuntukkan bagi kelompok penerima bantuan iuran (PBI) untuk pembayaran premi sebesar Rp19.225 per orang per bulan untuk 86,4 juta jiwa selama 12 bulan.[28] Alokasi anggaran tersebut merupakan bagian dari anggaran Kementerian Kesehatan dalam APBN tahun 2014. Alokasi anggaran belanja Pemerintah Pusat pada

27 Peraturan Presiden Republik Indonesia No 12 Tahun 2013.

28 https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/1515-total-anggaran-kesehatan-2014-capai-37-persen-apbn



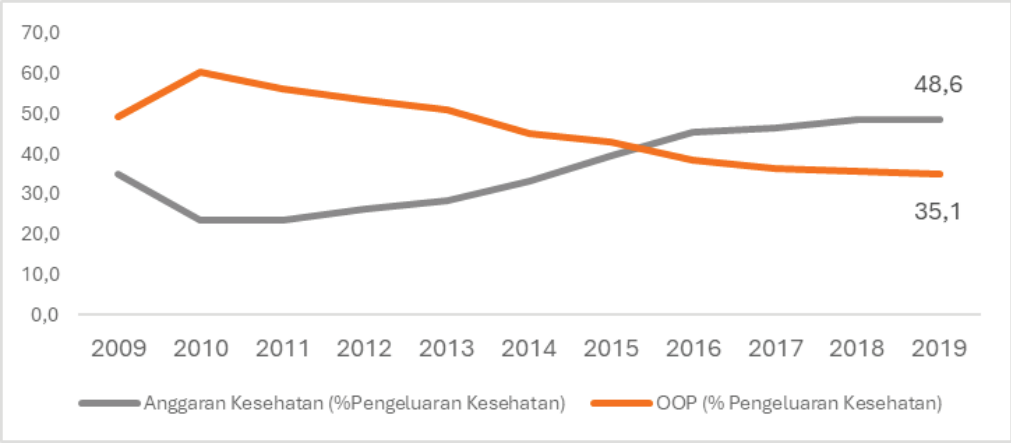
Grafik 3.4: Kepesertaan BPJS. Sumber: Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan, *Buku Statistik JKN 2015-2019* (Jakarta: DJSN, 2019).

fungsi kesehatan dalam APBN-P tahun 2014 dialokasikan sebesar Rp12.112,2 miliar yang berarti lebih rendah Rp965,5 miliar atau 7,4 persen dari alokasinya dalam APBN tahun 2014 sebesar Rp 13.077,7 miliar. komposisi alokasi anggaran Kementerian Kesehatan dalam APBN-P tahun 2014 bersumber dari rupiah murni sebesar Rp40.425,2 miliar, pagu penggunaan PNBP sebesar Rp355,7 miliar, pagu penggunaan BLU sebesar Rp6.640,6 miliar, PLN sebesar Rp 13,9 miliar, dan hibah sebesar Rp41,1 miliar.[29]

a. Pengaruh JKN Terhadap Pengeluaran Keluarga

Diberlakukannya JKN sejak tahun 2014 memberikan dampak berupa penurunan *Out-of-Pocket* (OOP), atau pengeluaran pribadi untuk kesehatan, pada tingkat nasional. Sebelum adanya JKN tahun 2010-2014 telah terjadi penurunan OOP kesehatan dari 60% hingga menjadi 35% pada tahun 2019. Penurunan OOP untuk kesehatan di Indonesia memang menjadi perhatian, terutama jika dibandingkan dengan negara-negara lain. Meskipun OOP nasional telah menurun, namun angka ini sedikit lebih tinggi dari rerata OOP kesehatan pada upper-middle-income country yang hanya sebesar 32%, dan jauh diatas Thailand yang hanya 8,7%. [30]

29 Nota Keuangan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan Tahun 2014.
30 Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan, *Buku Statistik JKN 2016-2021* (Jakarta: DJSN, 2021).



Grafik 3.5: Persentase Anggaran Kesehatan dengan OOP dibanding Pengeluaran Kesehatan Total Tahun 2009-2019. Sumber. GHED, (diolah)

Hasil dua kajian yang dilakukan di DI Yogyakarta dan Sumatera Utara menunjukkan bahwa OOP per kapita di kedua wilayah itu mengalami peningkatan dari tahun 2014 hingga 2021. Di DI Yogyakarta, persentase OOP terhadap total pengeluaran per kapita meningkat dari 0,47% pada tahun 2014 menjadi 0,95% pada tahun 2021. Sementara itu, di Provinsi Sumatera Utara, persentase ini meningkat dari 0,46% pada tahun 2021 menjadi 0,66% pada tahun yang sama.[31] [32] Salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya OOP di daerah dengan fasilitas kesehatan yang kurang memadai adalah kesulitan masyarakat dalam mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan. Faktor ini dapat disebabkan oleh keterbatasan infrastruktur kesehatan dan jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh, sehingga masyarakat enggan atau tidak mampu untuk mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan.[33]

Rendahnya pembiayaan publik dan ketergantungan pada OOP mengakibatkan banyak penduduk masih harus menanggung biaya kesehatan sendiri, yang berpotensi membatasi akses ke layanan kesehatan yang memadai. Untuk mengatasi tantangan ini, beberapa rekomendasi dapat dipertimbangkan. Pertama, pemerintah perlu meningkatkan cakupan dan efektivitas program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan memperbaiki struktur tarif dan

31 Kanwil Ditjen Perbendaharaan DIY, *Kajian Fiskal Regional Daerah Istimewa Yogyakarta Triwulan 1 2021* (Yogyakarta: Kanwil Ditjen Perbendaharaan DIY, 2021).
32 BPS Provinsi Sumatera Utara, *Statistik Kesehatan dan Perumahan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023*. (Medan: BPS, 2024).
33 BPS Provinsi Sumatera Utara, *ibid*.

meningkatkan efisiensi layanan kesehatan primer untuk mengurangi beban pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Kedua, diperlukan peningkatan alokasi anggaran kesehatan dari APBD serta optimalisasi sumber pendanaan lain seperti cukai hasil tembakau untuk mendukung pembiayaan JKN. [34]

b. Tantangan Penyelenggaraan JKN

Pada April 2020, cakupan kepesertaan JKN di Indonesia mencapai 224.938.830 jiwa (82,2% dari total penduduk), dengan segmen terbesar berasal dari Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN, sebanyak 96.536.203 jiwa (43,3%). Sebaliknya, segmen pekerja bukan penerima upah (PBPU) memiliki angka kepesertaan terendah, hanya 5.052.203 jiwa (2,3%).[35] Masalah kronis terkait ketidakakuratan data kependudukan, terutama bagi masyarakat miskin, berdampak pada implementasi JKN. Beberapa persoalan yang muncul adalah:

1. PBI APBD: Pemerintah daerah menginisiasi peserta PBI APBD untuk masyarakat umum yang bersedia dilayani di kelas III, yang bertentangan dengan UU SJSN. Hal ini menimbulkan moral hazard, seperti di DKI Jakarta, di mana warga lebih memilih mendaftar sebagai PBI APBD daripada PBPU, bahkan beberapa peserta perusahaan didaftarkan melalui skema ini.
2. Penggantian Peserta PBI APBN: Verifikasi dan validasi PBI APBN menimbulkan masalah di tingkat daerah. Contohnya di DIY, banyak peserta miskin dikeluarkan dari skema PBI APBN dan dimasukkan ke Jamkesos daerah, yang memperlambat upaya pencapaian cakupan universal health coverage (UHC).
3. Penunggakan Iuran PBPU: Tingkat keaktifan peserta PBPU hanya 53,7%, dengan total tunggakan Rp 15 triliun dari 2016-2018. Selain itu, banyak badan usaha tidak mendaftar atau memanipulasi upah karyawan, menyebabkan kerugian Rp 6,19 triliun.
4. Putusan MK dan Otonomi Daerah: Terdapat 7 putusan Mahkamah Konstitusi yang menangani gugatan terkait kewajiban menjadi peserta BPJS Kesehatan. Beberapa pemerintah daerah, dengan alasan keterbatasan anggaran dan otonomi daerah, memutuskan hubungan kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memilih mengelola jaminan kesehatan sendiri.

Selain permasalahan keanggotaan, disparitas layanan juga menjadi kendala dalam akses penduduk untuk bisa mendapatkan layanan kesehatan yang layak.

34 Menjajaki Opsi-Opsi Kebijakan untuk Pembiayaan JKN yang Berkelanjutan. SMERU. Diskusi JKN Seri Ke-1, No. 6/Sep/2020.

35 "Statistik JKN 2015-2019 : Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional". (Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2021).

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketidakmerataan ini meliputi ketersediaan fasilitas kesehatan dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Meskipun ada peningkatan jumlah peserta JKN, ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) justru mengalami penurunan dari 13 FKTP per 100.000 peserta pada tahun 2014 menjadi 11 FKTP per 100.000 peserta pada tahun 2018.[36] Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan juga terlihat jelas, dengan beberapa provinsi di Indonesia bagian timur masih memiliki rasio dokter terhadap peserta JKN yang lebih dari 1:5.000, sementara target nasional telah tercapai dengan rasio 1:4.369 pada tahun 2019.[37]

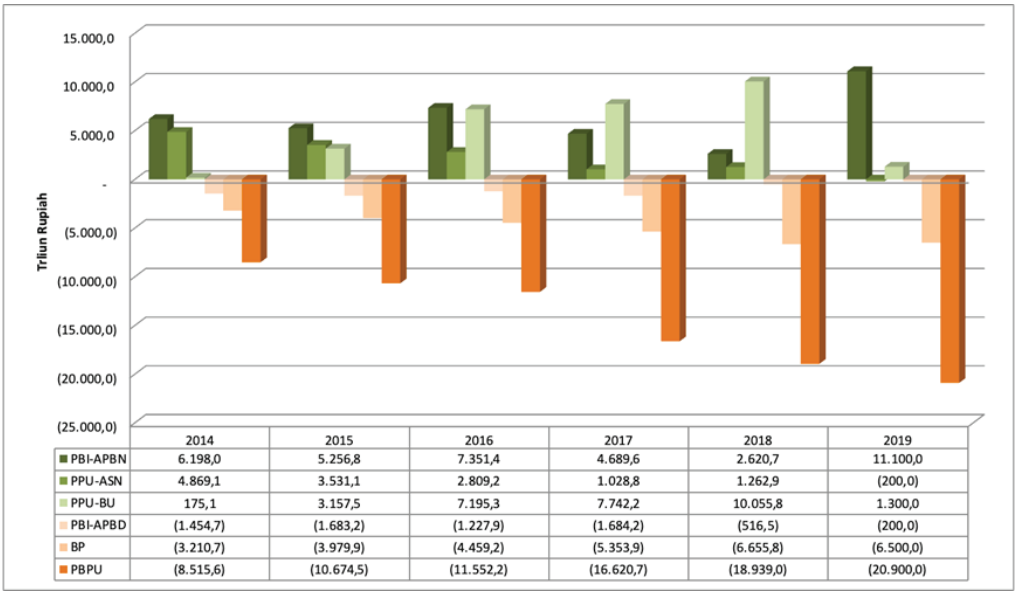
Akses layanan kesehatan dan kendala geografis juga menjadi faktor penting dalam ketidakmerataan layanan JKN. Meskipun akses layanan kesehatan meningkat secara nasional, peningkatan ini tidak merata di seluruh wilayah dan kelompok sosial ekonomi. Layanan kesehatan lebih banyak dimanfaatkan oleh penduduk kaya dibandingkan dengan penduduk miskin, yang disebabkan oleh perbedaan umur, pendapatan, pendidikan, dan lokasi tempat tinggal. Kondisi geografis yang bervariasi menambah tantangan dalam pemerataan layanan kesehatan, terutama di daerah-daerah dengan akses transportasi yang sulit.

Ketidakmerataan layanan kesehatan dalam program JKN tidak hanya berdampak pada akses dan kualitas pelayanan bagi masyarakat, tetapi juga berimplikasi pada aspek finansial penyelenggaraan program tersebut. Hal ini pada gilirannya berdampak pada stabilitas keuangan BPJS yang mengakibatkan kondisi keuangan BPJS yang mengkhawatirkan. Selama enam tahun pelaksanaan JKN, BPJS Kesehatan sebagai lembaga non-pemerintah yang bertanggung jawab menyelenggarakan program ini terus mengalami defisit yang semakin besar setiap tahunnya.

Dalam berbagai forum akademis, defisit ini sering dikaitkan dengan besaran iuran BPJS Kesehatan yang lebih rendah dari perhitungan aktuaris, dianggap sebagai akar permasalahan. Berdasarkan Pasal 1 Peraturan DJSN Nomor 01 Tahun 2014, DJSN bertugas membantu Presiden dalam pengawasan, penyusunan kebijakan umum, dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, yang dirumuskan setiap tahun. Iuran BPJS Kesehatan ditetapkan melalui Peraturan Presiden, namun fenomenanya, meskipun telah terjadi tiga kali kenaikan iuran, nilainya tetap di bawah hitungan aktuaris. Kenaikan terakhir bahkan dibatalkan oleh Mahkamah Agung pada Februari 2020 karena dinilai tidak memenuhi prinsip keadilan dan mempertimbangkan kondisi sosial. Meskipun ada upaya pemerintah untuk mengatasi defisit, BPJS Kesehatan masih mengalami defisit kas sebesar Rp

36 https://smeru.or.id/id/file/5727/download?token=Htv8aNvp

37 Laksono Trisnantoro, *Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional: Skenario Pelaksanaan JKN : Sebuah Studi Awal untuk Monitoring* (Yogyakarta: PKMK FK UGM, 2014).



	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PBI-APBN	6.198,0	5.256,8	7.351,4	4.689,6	2.620,7	11.100,0
PPU-ASN	4.869,1	3.531,1	2.809,2	1.028,8	1.262,9	(200,0)
PPU-BU	175,1	3.157,5	7.195,3	7.742,2	10.055,8	1.300,0
PBI-APBD	(1.454,7)	(1.683,2)	(1.227,9)	(1.684,2)	(516,5)	(200,0)
BP	(3.210,7)	(3.979,9)	(4.459,2)	(5.353,9)	(6.655,8)	(6.500,0)
PBPU	(8.515,6)	(10.674,5)	(11.552,2)	(16.620,7)	(18.939,0)	(20.900,0)

Grafik 3.6: Defisit Anggaran dari Tiap Segmen Peserta BPJS. Sumber: Kemenkeu, 2018-2019

6,36 triliun pada tahun 2020.[38]

Ironisnya, suntikan dana tersebut justru lebih banyak dimanfaatkan oleh peserta PBPU (peserta mandiri yang mampu secara finansial). Selain masalah defisit, pembiayaan kesehatan juga menghadapi tantangan dalam hal pemerataan. Dari 2014 hingga 2019, pertumbuhan rumah sakit di wilayah timur Indonesia tidak signifikan dibandingkan dengan wilayah Jawa yang mengalami peningkatan pesat. Hal ini berdampak pada rendahnya klaim dana JKN di wilayah timur, sementara di Jawa klaimnya sangat tinggi. Kondisi ini didukung oleh data porsi pengeluaran JKN untuk rumah sakit di wilayah Jawa meningkat dari 60% menjadi 64%.[39] Meskipun besaran iuran JKN ditetapkan sama. Meskipun aturan pembiayaan seragam, pendistribusiannya belum adil secara merata.

Faktanya, antara tahun 2014 hingga 2018, BPJS Kesehatan mengeluarkan biaya terbesar untuk segmen pekerja informal yang memilih Kelas I atau PBPU Kelas I. Sebaliknya, segmen penerima bantuan iuran (PBI APBN), yang terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu, merupakan kelompok peserta dengan penggunaan manfaat pelayanan kesehatan JKN paling rendah. Defisit yang

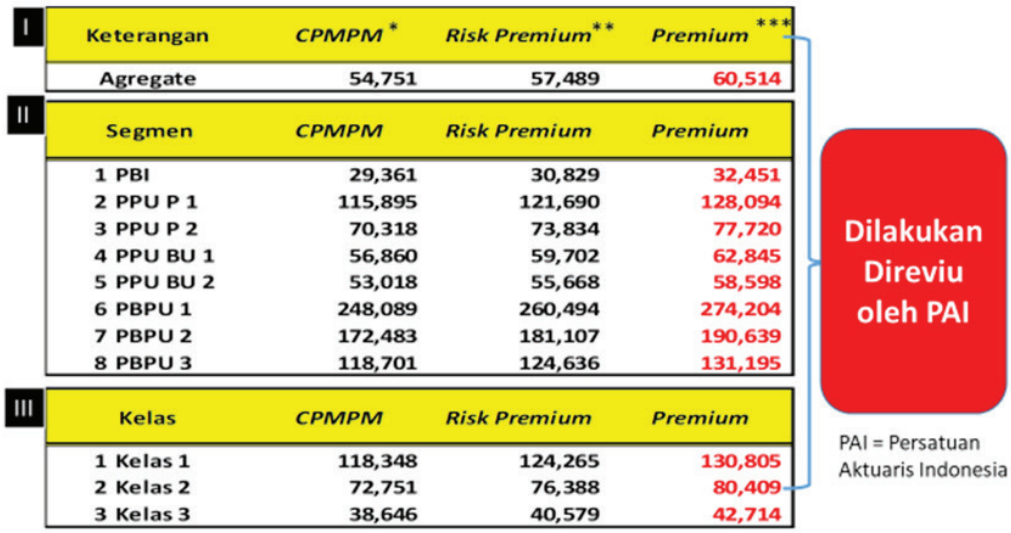
38 Diakses melalui https://www.cnbcindonesia.com/news/20210317183113-8-230932/2020-bpjs-kesehatan-defisit-kas-rp-636-t

39 TNP2K, *Kompendium Aktivitas Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan 2014-2019*, (Jakarta: TNP2K, 2020).

Tabel 2.3. Tingkat Pemanfaatan Biaya Per Segmen BPJS Kesehatan

Segmen	Kelas	2014	2015	2016	2017	2018
Miskin dan tidak mampu	3	6,5	8,1	10,9	13,5	15,1
Didaftarkan Pemda	3	29,8	27,2	27,4	30,4	30,1
ASN, TNI, dan POLRI	1	54,6	63,2	69,9	77,0	84,8
	2	30,7	40,2	45,0	51,8	56,1
Pekerja Formal Swasta	1	14,4	24,3	36,1	39,1	45,4
	2	22,6	27,6	30,4	37,9	42,0
Pekerja Informal	1	244,0	155,5	127,3	146,8	146,9
	2	178,1	108,6	101,0	108,0	108,5
	3	165,9	79,8	75,5	77,6	78,0
Bukan Pekerja	1	132,2	159,2	175,2	206,6	228,7
	2	72,0	85,6	95,9	108,3	115,9
	3	6,1	28,9	70,8	77,8	93,6

Sumber: Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Analisis dalam Tiga Aspek



Gambar 3.2: Perhitungan Aktuaria Iur Peserta BPJS Kesehatan.

*CPMPM : Cost per Member per Month

** Risk Premium : CPMPM + margin contingency 5%

*** Premium : CPMPM + margin contingency 5% + biaya ops 5%

Sumber : Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Analisis dalam Tiga Aspek

terus-menerus dialami BPJS Kesehatan terutama disebabkan oleh nilai iuran yang ditetapkan berada di bawah perhitungan aktuaria.[40]

Atas saran PAI, besaran iuran atau premi yang seharusnya diberlakukan bagi segmen PBPU atau mandiri adalah Kelas I Rp 274.204, Kelas II Rp 190.639, dan Kelas III Rp 131.195. Sementara untuk segmen PBI tarif yang berlaku seharusnya Rp 32.451. Pemerintah telah menerbitkan enam buah Perpres tentang kenaikan iuran.

Tabel 4. Besaran Iuran BPJS dari Tahun 2013 - 2020

Kelas	Perpres 111/2013	Perpres 19/2016	Perpres 28/2016	Perpres 82/2016	Perpres 75/2019	Perpres 64/2020
III	22.500	30.000	25.500	25.500	42.000	42.000
II	42.500	51.000	51.000	51.000	110.000	100.000
I	59.500	80.000	80.000	80.000	160.000	150.000

Perjalanan iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia mencerminkan dinamika kebijakan kesehatan yang kompleks sejak tahun 2013. Dimulai dengan Perpres 111/2013 yang menetapkan tarif awal, pemerintah kemudian melakukan serangkaian penyesuaian melalui beberapa Perpres berikutnya. Lonjakan signifikan terjadi pada Perpres 75/2019, dimana iuran Kelas III meningkat hingga Rp16.500, Kelas II naik Rp59.000, dan Kelas I mengalami kenaikan drastis sebesar Rp 80.000. Namun, Mahkamah Agung (MA) sempat membatalkan kenaikan yang diatur dalam Perpres Nomor 75/2019 melalui Putusan MA Nomor 7/P/HUM/2020. Alasan pembatalan yang dikemukakan MA bahwa kenaikan tersebut dianggap tidak sesuai dengan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial yang diatur dalam undang-undang terkait sistem jaminan sosial nasional, yang menyebabkan penerapan tarif baru tersebut tidak lama.

Menghadapi tekanan publik dan pertimbangan hukum, pemerintah menerbitkan Perpres Nomor 64/2020 yang sedikit menurunkan iuran Kelas II dan I masing-masing sebesar Rp10.000, sementara mempertahankan iuran Kelas III. Perubahan-perubahan ini menggambarkan upaya pemerintah dalam menyeimbangkan kebutuhan pembiayaan kesehatan dengan kemampuan masyarakat, sekaligus merespon dinamika sosial-politik yang menyertai kebijakan jaminan kesehatan nasional. Fluktuasi tarif ini menjadi cermin dari kompleksitas mengelola sistem jaminan kesehatan di negara berkembang seperti Indonesia.

Salah satu elemen penting dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sistem pembayaran berbasis Indonesian Case-Based Groups (INA-

40 PKMK UGM, *Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Analisis dalam Tiga Aspek: Kepesertaan, Pelayanan dan Pembiayaan* (Yogyakarta: PKMK-UGM, 2019)

CBGs), yang telah memberikan dampak signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, namun juga menghadirkan sejumlah tantangan yang perlu diatasi. Sistem ini mendorong peningkatan efisiensi dan efektivitas pelayanan, dengan RS dituntut untuk mengelola sumber daya secara lebih baik agar dapat memberikan pelayanan berkualitas dengan biaya yang efisien. INA-CBGs juga menekankan pentingnya pengendalian mutu dan biaya, mendorong standarisasi pelayanan kesehatan berdasarkan *clinical pathway*, dan mengurangi kecenderungan melakukan tindakan medis atau penggunaan alat kesehatan yang berlebihan.

Meskipun demikian, implementasi INA-CBGs menghadapi beberapa tantangan serius. Salah satu masalah utama adalah selisih biaya yang signifikan antara tarif paket INA-CBGs dan biaya riil RS, dengan penelitian menunjukkan bahwa 93,33% kasus memiliki tarif riil RS yang melebihi tarif INA-CBGs.[41] Situasi ini diperparah oleh fakta bahwa tarif INA-CBGs belum disesuaikan sejak tahun 2016, sementara beban operasional RS terus meningkat setiap tahun.[42] Selain itu, cakupan kepesertaan JKN yang semakin meningkat dengan segmen terbesar berasal dari PBI APBN. Namun, masalah kronis terkait ketidakakuratan data kependudukan, terutama bagi masyarakat miskin, berdampak pada implementasi JKN.

Perbedaan persepsi dan pemahaman antara RS, dokter, dan BPJS Kesehatan sering menyebabkan dispute pada klaim yang diajukan, yang dapat menghambat proses pembayaran dan mempengaruhi keuangan RS. Selain itu, penerapan pola pembayaran INA-CBGs terkadang belum dipahami secara utuh oleh seluruh jajaran direksi rumah sakit dan para dokter, sehingga RS perlu melakukan perubahan untuk menghindari defisit. Permasalahan lain yang muncul termasuk penggantian peserta PBI APBN, penunggakan iuran PBPU, dan putusan Mahkamah Konstitusi terkait kewajiban menjadi peserta BPJS Kesehatan.[43]

Tantangan lain yang dihadapi rumah sakit adalah dalam melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya yang baik, mengingat pembiayaan dari BPJS Kesehatan menggunakan tarif INA-CBGs belum menunjukkan perubahan yang bermakna sejak tahun 2014. Lebih lanjut, belum pernah dilakukan evaluasi komprehensif untuk memastikan apakah rumah sakit telah mendapatkan biaya yang proporsional sesuai dengan sumber daya yang telah digunakan. Disparitas

41 Rizqy Dimas Monica, dkk., "Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif Ina-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap pada Kasus Persalinan Sectio Caesarea guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit Tni Au Dr. M. Salamun Bandung", *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 9 No.1, Maret 2021.

42 PERSI, *Buku Putih Persi Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional* (Jakarta: PERSI, 2019).

43 Ikhtisar Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 7/PUU-XVII/2019.

layanan juga menjadi kendala dalam akses penduduk untuk bisa mendapatkan layanan kesehatan yang layak, dengan faktor-faktor seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata.

Di sisi positif, sistem INA-CBG telah meningkatkan komunikasi antar spesialisasi, memungkinkan evaluasi kualitas pelayanan secara lebih objektif, dan mendorong rumah sakit untuk meningkatkan infrastruktur fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan, dan akreditasi provider. Namun, tantangan-tantangan yang ada menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara tarif INA-CBG yang ditetapkan dengan biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit, yang dapat berdampak pada kualitas pelayanan dan keberlanjutan program JKN.

Ketidakmerataan layanan kesehatan dalam program JKN tidak hanya berdampak pada akses dan kualitas pelayanan bagi masyarakat, tetapi juga berimplikasi pada aspek finansial penyelenggaraan program tersebut. Hal ini pada gilirannya berdampak pada stabilitas keuangan BPJS yang mengakibatkan kondisi keuangan BPJS yang mengkhawatirkan. Selama enam tahun pelaksanaan JKN, BPJS Kesehatan sebagai lembaga non-pemerintah yang bertanggung jawab menyelenggarakan program ini terus mengalami defisit yang semakin besar setiap tahunnya. Ironisnya, suntikan dana tersebut justru lebih banyak dimanfaatkan oleh peserta PBPU (peserta mandiri yang mampu secara finansial).

Dari hasil studi yang dilakukan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) ditemukan bahwa banyak kebocoran dalam sistem layanan kesehatan nasional ini yang mengakibatkan defisit mencapai Rp12,2 triliun hingga akhir 2018. Kajian KPK ini menemukan dua temuan utama. *Pertama* ketidaksesuaian pendapatan yang bersumber dari iuran peserta dengan jaminan kesehatan yang harus dibayarkan. Beberapa sektor yang terjadi inefisiensi, yakni moral hazard dari peserta mandiri, yang memiliki itikad tidak baik. Peserta mandiri ini menggunakan layanan Jaminan Kesehatan Nasional lantas menunggak iuran. Hal ini berbeda dengan peserta yang iuran bulanannya ditanggung perusahaan swasta atau pemerintah. *Kedua*, kelebihan pembayaran karena kelas rumah sakit yang tidak sesuai. Satu daerah, misalnya, memiliki fasilitas dan prasarana untuk kelas II, tapi Dinas Kesehatan setempat merekomendasikan klaim untuk kelas di atasnya. Ketidakefisienan juga akibat *fraud*/tindakan curang dalam upcoding.

Salah satu kebocoran signifikan terjadi juga pada sistem pembayaran INA-CBG, yang merupakan metode pembayaran paket untuk setiap diagnosis. Sistem ini seharusnya menekan biaya kesehatan melalui standar pembayaran, namun kenyataannya justru membuka celah inefisiensi dan manipulasi.[44] Pada tahun

44 Raisa Annisa,dkk., Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola. *INTEGRITAS: Jurnal Antikorupsi*, Vol 6 (2), tahun 2020, hlm. 209-224.

2020, KPK mengusulkan sejumlah opsi struktural untuk mengurangi defisit BPJS Kesehatan yang terus membengkak.[45]

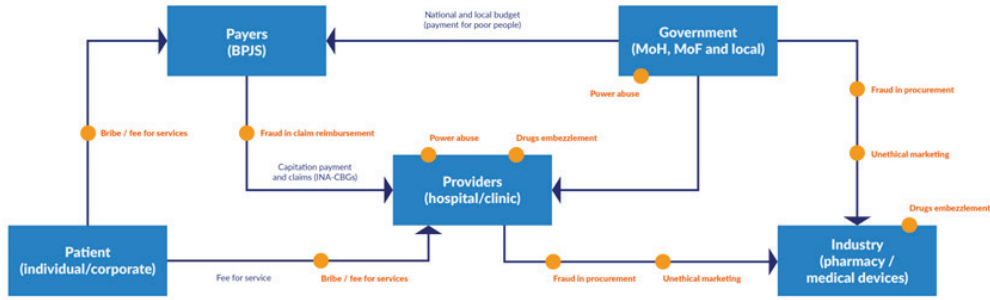
1. KPK merekomendasikan kepada Kementerian Kesehatan untuk menyelesaikan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran (PNPK). Hal ini bertujuan untuk menghindari *unnecessary treatment* atau pengobatan yang tidak perlu, yang diperkirakan telah menyebabkan pemborosan hingga Rp200 miliar hanya untuk kasus klaim katarak pada tahun 2018. Sampai dengan tahun 2018 baru mencakup 32 dari 80 penyakit esensial yang memerlukan pedoman, sehingga masih menyisakan 48 penyakit tanpa panduan yang jelas hingga pertengahan 2019.
2. Pembatasan manfaat bagi penyakit katastropik seperti jantung, diabetes, kanker, stroke, dan gagal ginjal, yang menyumbang 30% dari total klaim BPJS Kesehatan, atau sekitar Rp 28 triliun. Penyakit ini seringkali dikaitkan dengan gaya hidup masyarakat kelas menengah ke atas, sehingga pembatasan manfaat dinilai dapat mengurangi beban pembiayaan.
3. Koordinasi antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta melalui mekanisme *Coordination of Benefit* (COB) diharapkan mampu mengalihkan sebagian klaim dan mengurangi inefisiensi kelembagaan.
4. Implementasi Permenkes Nomor 51 Tahun 2018 tentang pengenaan urun biaya bagi peserta mampu, seperti peserta kelas I dan III. Kebijakan ini belum diimplementasikan, menimbulkan ketimpangan dalam pembagian biaya pelayanan kesehatan.

KPK juga menemukan bahwa banyak rumah sakit tidak sesuai dengan klasifikasi fasilitas yang ditetapkan. Dalam kunjungannya ke sejumlah rumah sakit di berbagai daerah pada tahun 2018, ditemukan *overpayment* sebesar Rp 33 miliar akibat klaim berlebih. Kementerian Kesehatan kemudian melakukan tinjauan terhadap 7000 rumah sakit, di mana 889 di antaranya teridentifikasi tidak sesuai kelasnya, yang disinyalir telah menyebabkan klaim yang lebih tinggi dari seharusnya.

c. Praktik Korupsi dan *Fraud*

Defisit yang terjadi sejak tahun 2014 yang berpotensi mengancam keberlanjutan, merupakan multiple effect dari kurangnya supply side dari sisi iuran, adanya tindakan kecurangan, dan ketiadaan/gap aturan yang sistematis dalam memantau tindakan kecurangan. Menurut Badan Pemeriksa Keuangan, berbagai

45 "Atasi Defisit, Patuhi Rekomendasi". *Integrito: Jaminan Kesehatan yang tak Sehat*, Edisi 4 2019. hlm 29.



Gambar 3.3. Risiko penipuan dan korupsi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.
Sumber : Susanti, et.al, 2022

faktor berkontribusi terhadap defisit tersebut, termasuk penipuan dan korupsi; serta upaya pencegahan dan pendeteksian penipuan masih belum memadai, dan penegakan hukum yang lemah juga menjadi masalah.

Kecurangan dalam skema asuransi kesehatan nasional dapat mencakup penagihan untuk layanan yang tidak diberikan (*phantom billing*), pengujian medis yang tidak perlu dan pengobatan yang berlebihan, penyedia layanan fiktif, penagihan ganda, fragmentasi pengkodean, suap, pengajuan klaim ganda atau perubahan klaim, dan kecurangan pihak ketiga, dan bentuk-bentuk lainnya. Peluang terjadinya kecurangan atau fraud diidentifikasi dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan; dan pemangku kepentingan lainnya.[46] Dalam studi tahun 2016, KPK mengidentifikasi penipuan dan resiko korupsi lainnya di setiap fase implementasi program JKN.[47]

Terdapat banyak faktor yang penyebab terjadinya fraud dalam sektor kesehatan, termasuk rendahnya dana klaim yang mendorong dokter dan rumah sakit untuk mengambil langkah-langkah adaptif atau *coping strategies* guna menutupi kekurangannya atau bahkan mencari keuntungan dengan cara yang tidak sah. Mekanisme ini berkembang ketika sistem pengawasan lemah, membuka peluang bagi individu untuk terus melakukan tindakan fraud selama mereka masih dapat memperoleh keuntungan. Dalam banyak kasus, pihak-pihak ini akan terus melakukannya jika peluang tersebut terus ada.

Secara konseptual dan praktis, hal ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan menjadi semakin rentan terhadap penyalahgunaan. Jika fraud ini tidak segera

46 PERSI, *Buku Putih Persi Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional*. (Jakarta: PERSI. 2019).

47 Susanti, et.al., *Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system*. (CHR Michelsen Institute, 2022).

dikendalikan, terdapat potensi terjadinya fenomena di mana sistem kesehatan berubah menjadi "kampung pencuri". Peluang terjadinya fraud bermula dari peluang untuk melakukan fraud; pemanfaatan peluang untuk tindakan kriminal; tidak ada sanksi atau penindakan; praktik fraud dianggap normal; dan pada akhirnya, seluruh sistem akan mengalami kerusakan total.[48]

Langkah-langkah anti fraud sistem asuransi kesehatan masih belum berjalan efektif. Alasannya adalah kerangka regulasi yang mengatur program JKN tidak mencakup peraturan atau panduan khusus tentang mitigasi risiko penipuan di tingkat operasional. Indonesia juga tidak memiliki undang-undang khusus tentang penipuan asuransi kesehatan; sebaliknya, terdapat beberapa ketentuan yang tersebar di berbagai undang-undang, baik perdata maupun pidana. Peraturan JKN hanya memberikan sanksi administratif atas kecurangan. Kerangka hukum yang telah ada dalam pencegahan fraud sebenarnya telah disusun, namun masih terdapat fragmentasi.

Undang-undang, peraturan, dan kode etik yang mengatur penipuan dan korupsi dalam perawatan kesehatan di Indonesia:

- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
  Undang-Undang ini bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam konteks pencegahan fraud, UU SJSN menekankan pentingnya pengelolaan yang efisien dan efektif serta asas keadilan dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Namun, UU ini tidak secara spesifik mengatur tentang penipuan atau fraud dalam sistem jaminan sosial, sehingga diperlukan regulasi tambahan untuk menangani masalah tersebut
- Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
  Peraturan ini mengatur pelaksanaan jaminan kesehatan secara lebih rinci, termasuk mekanisme pengawasan dan pengendalian untuk mencegah kecurangan. Peraturan ini menekankan pentingnya pengendalian mutu dan biaya dalam pelaksanaan program JKN, serta memberikan panduan untuk tindakan preventif dan penanganan kecurangan
- Permenkes No. 36 Tahun 2015
  Permenkes ini secara khusus membahas pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program JKN. Regulasi ini menetapkan langkah-langkah pencegahan, deteksi, dan penindakan terhadap kecurangan yang dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan

48 Laksono Trisnantoro. *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. 2017

- Permenkes No. 16 Tahun 2019
  Permenkes ini menggantikan Permenkes No. 36 Tahun 2015 dengan memperluas cakupan regulasi terkait pencegahan dan penanganan kecurangan serta pengenaan sanksi administratif terhadap pelaku fraud dalam program JKN. Peraturan ini menekankan pentingnya upaya sistematis untuk mencegah kerugian dana jaminan sosial akibat kecurangan dan menyelaraskan kebijakan dengan ketentuan terbaru yang diatur dalam Perpres No. 82 Tahun 2018
- Peraturan BPJS-K No. 6 Tahun 2020
  Peraturan ini mengatur sistem pencegahan penipuan dalam program jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Ini mencakup penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan fraud, pengembangan budaya pencegahan fraud, serta pembentukan tim pencegahan fraud di berbagai tingkatan layanan kesehatan.

BPJS Kesehatan telah mengambil berbagai langkah konkret dalam mencegah dan menangani kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Namun, efektivitas dari langkah-langkah ini masih menghadapi beberapa tantangan. Regulasi yang ada, hanya memberikan sanksi administratif tanpa mencakup sanksi pidana yang lebih tegas, sehingga efek jera bagi pelaku fraud kurang optimal. Pengawasan di fasilitas kesehatan dan internal BPJS masih belum ketat, dengan beberapa kasus manipulasi klaim yang melibatkan kolaborasi antara peserta dan petugas. Teknologi dan sistem informasi juga masih terbatas dalam mendeteksi fraud secara dini, sementara kesadaran dan pelatihan terkait pencegahan fraud bagi tenaga kesehatan dan petugas BPJS masih kurang memadai.

Dalam mengatasi permasalahan tersebut, BPJS Kesehatan telah membentuk tim anti-fraud yang bertugas mendeteksi dan mencegah kecurangan melalui audit berkala dan pengawasan ketat. Penguatan sistem teknologi informasi juga menjadi fokus utama, di mana BPJS Kesehatan mengimplementasikan sistem yang lebih terintegrasi untuk mendeteksi potensi kecurangan dengan lebih cepat dan akurat. Selain itu, BPJS menjalin kerja sama dengan lembaga pengawasan eksternal untuk melakukan audit dan pengawasan terhadap fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Upaya lain yang dilakukan adalah pengembangan budaya pencegahan fraud melalui sosialisasi dan pelatihan yang diberikan secara berkala kepada tenaga kesehatan dan staf BPJS. BPJS juga menerapkan sistem verifikasi klaim yang ketat, seperti mekanisme *dispute claim* dan *pending claim*, yang memastikan bahwa

setiap klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan telah diperiksa keabsahannya sebelum disetujui. Sistem verifikasi ini tidak hanya menjaga validitas klaim, tetapi juga berfungsi sebagai alat pencegah yang efektif terhadap potensi kecurangan. Secara keseluruhan, strategi ini mencerminkan komitmen BPJS Kesehatan dalam melindungi integritas sistem JKN dan menghindari kerugian yang diakibatkan oleh kecurangan.

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) serta Tim Pencegahan Kecurangan memainkan peran penting dalam menjaga kelancaran dan kualitas pelaksanaan JKN. Tim KMKB bertanggung jawab untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar mutu dan biaya yang telah ditetapkan. Dengan melibatkan berbagai elemen, termasuk organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis, tim ini bekerja mulai dari tingkat pusat hingga cabang, menjalin kerja sama erat dengan fasilitas kesehatan yang terlibat dalam JKN. Peran KMKB tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga mengawasi secara langsung penerapan standar layanan di lapangan. Di sisi lain, Tim Pencegahan Kecurangan fokus pada pencegahan dan deteksi dini terhadap kecurangan, dengan membangun sistem yang berfungsi dari level pusat hingga tingkat fasilitas kesehatan. Tim ini berperan dalam menindaklanjuti temuan audit, melakukan investigasi, dan menerapkan langkah pencegahan yang efektif.

d. Perkembangan Asuransi Swasta

Asuransi kesehatan swasta di Indonesia memiliki sejarah yang panjang, berawal sejak era kolonial pada tahun 1938. Pada masa Hindia Belanda, pegawai pemerintah dan keluarganya mendapat fasilitas santunan biaya kesehatan yang diberikan pemerintah kolonial.[49] Namun, setelah Indonesia merdeka, asuransi kesehatan swasta mulai berkembang lebih pesat. Pertumbuhan ini semakin terlihat sejak beberapa dekade terakhir, terutama dengan berbagai reformasi di sektor kesehatan yang membuka peluang bagi perusahaan asuransi swasta untuk beroperasi lebih luas dan menjangkau masyarakat.

Dasar kebijakan penyelenggaraan asuransi kesehatan swasta di Indonesia didasari oleh beberapa peraturan penting yang mencakup:

- UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 Ayat 4, yang memungkinkan peserta menggunakan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) atau membayar sendiri selisih biaya. UU ini juga menentukan posisi asuransi kesehatan swasta dalam sistem kesehatan nasional yang lebih luas
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, yang menjadi

49 Riset. "Perjalanan Sistem Jaminan Kesehatan di Indonesia". Kendar Umi Kulsum. 2021. Diakses: https://www.kompas.id/baca/riset/2021/07/17/perjalanan-sistem-jaminan-kesehatan-di-indonesia

landasan operasional asuransi kesehatan swasta.

- Peraturan OJK Nomor 23/POJK.05/2015, yang mendefinisikan produk asuransi kesehatan dan pemasaran produk asuransi di Indonesia
- UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, meskipun fokus pada jaminan sosial, turut mengatur kerangka jaminan kesehatan nasional yang memengaruhi asuransi swasta.

Kebijakan-kebijakan ini secara keseluruhan mengatur operasional, definisi, dan koordinasi antara asuransi swasta dan jaminan kesehatan nasional, guna memastikan asuransi swasta dapat berjalan secara aman, legal, dan bermanfaat bagi masyarakat.

Dalam periode 2009 hingga 2019, industri asuransi kesehatan swasta di Indonesia mengalami dinamika signifikan, terutama karena perubahan kebijakan dan struktur kepemilikan yang mencolok di beberapa perusahaan. Salah satu peristiwa penting adalah pendirian PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia pada 2008 oleh PT Askes (Persero), yang pada 2014 mengalami perubahan kepemilikan setelah sahamnya diakuisisi oleh konsorsium BUMN yang dipimpin oleh PT Bank Mandiri Tbk., bersama BPJS Kesehatan, PT Kimia Farma Tbk., dan PT Asuransi Jasa Indonesia (Persero). Akuisisi ini dilanjutkan pada 2015, di mana Bank Mandiri meningkatkan kepemilikannya menjadi 80%, mengukuhkan posisinya sebagai pemegang saham mayoritas. Perubahan ini menjadi tonggak penting yang menandai era baru bagi asuransi kesehatan swasta di Indonesia, mencerminkan dorongan untuk memperkuat sektor swasta melalui sinergi dengan BUMN di tengah upaya ekspansi BPJS Kesehatan.[50]

Perubahan kepemilikan dan restrukturisasi PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia (Mandiri Inhealth) pada periode 2009-2019 memberikan dampak signifikan terhadap perkembangan industri kesehatan di Indonesia. Akuisisi oleh konsorsium BUMN yang dipimpin Bank Mandiri menciptakan sinergi antara sektor perbankan, farmasi, dan asuransi, yang memungkinkan pengembangan produk dan layanan asuransi kesehatan yang lebih komprehensif dan terintegrasi. Hal ini mendorong peningkatan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan swasta, serta memperkuat posisi asuransi kesehatan swasta di tengah ekspansi BPJS Kesehatan. Sinergi ini juga memfasilitasi inovasi dalam pengelolaan risiko kesehatan dan pengembangan sistem *managed care* yang lebih efisien, yang pada gilirannya berkontribusi pada peningkatan penetrasi asuransi kesehatan dan mendorong pertumbuhan industri kesehatan secara keseluruhan.

Meskipun pada tahun 2015, pengeluaran untuk asuransi kesehatan swasta

50 https://mandiriinhealth.co.id/about

hanya sekitar 3,9% dari total belanja kesehatan nasional dan hanya 0,58% *market share*, jumlah ini menunjukkan adanya pertumbuhan dan minat masyarakat terhadap asuransi swasta.[51] Jumlah perusahaan asuransi kesehatan swasta pun bertambah, dengan data statistik menunjukkan adanya kenaikan signifikan dalam jumlah perusahaan dan aset yang dikelola.[52] Hal ini memperlihatkan potensi sektor ini dalam memenuhi kebutuhan masyarakat yang menginginkan manfaat lebih fleksibel.

Seiring dengan peningkatan jumlah peserta BPJS, terlihat adanya penurunan jumlah pasien yang menggunakan asuransi swasta. Menurut Darmawan Prasetya, peneliti kebijakan sosial dari Perkumpulan Prakarsa terdapat dua faktor penyebab asuransi kalah populer dari BPJS Kesehatan. Pertama, karena BPJS Kesehatan lebih terjangkau dibanding asuransi swasta. Kedua, pasar asuransi tidak pernah terbangun sebelumnya, dan kesejahteraan kesehatan di Indonesia dibangun dari sistem masyarakat, bukan sistem kebijakan sosial.[53]

Namun, alih-alih tergeser, beberapa perusahaan asuransi swasta memilih bekerja sama dengan BPJS melalui mekanisme *Coordination of Benefit* (CoB), yang memungkinkan mereka memberikan manfaat tambahan bagi peserta JKN. Langkah ini memperlihatkan respons asuransi swasta untuk tetap relevan dan menarik konsumen di tengah dominasi BPJS. Asuransi kesehatan swasta memiliki keunggulan berupa manfaat yang lebih beragam dan fleksibel, serta menyediakan pilihan layanan yang lebih eksklusif, mencakup cakupan RS swasta, pilihan kamar rawat yang lebih baik, dan perawatan tertentu yang tidak selalu ditanggung oleh BPJS.

e. Inovasi pembiayaan: Menggali Potensi Sumber Dana Alternatif

Inovasi pembiayaan kesehatan menjadi salah satu topik penting dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia pada periode 2009-2019. Untuk menjamin keberlangsungan dan kualitas program JKN, pemerintah perlu menggali potensi sumber dana alternatif di luar anggaran negara. Beberapa pendekatan yang digunakan antara lain pinjaman luar negeri, penerapan pajak dosa, anggaran berbasis kinerja, serta pelibatan asuransi swasta.

Pinjaman luar negeri, terutama dari lembaga multilateral seperti Bank

51 "Perkembangan Asuransi Kesehatan Swasta di Indonesia Tahun 2012-2016". Kurnia Sari. 2017. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Vol 2-Desember 2017

52 Laporan. Statistik Perasuransian : 2019. Otoritas Jasa Keuangan. 2019. Diakses: https://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/data-dan-statistik/asuransi/Documents/Pages/Statistik-Perasuransian-2019/Statistik%20Perasuransian%20Indonesia%20Tahun%202019.pdf

53 Riset. "Alasan Asuransi Kesehatan Swasta Kalah Populer dari BPJS Kesehatan". Maulina. 2023. Diakses: https://www.idxchannel.com/economics/alasan-asuransi-kesehatan-swasta-kalah-populer-dari-bpjs-kesehatan

Dunia, menjadi salah satu sumber pendanaan signifikan untuk mendukung reformasi sistem kesehatan primer di Indonesia. Selain itu, penerapan pajak dosa pada produk tembakau juga berpotensi menjadi sumber dana untuk menambal defisit BPJS Kesehatan. Di sisi lain, pergeseran dari sistem anggaran tradisional ke anggaran berbasis kinerja diharapkan dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas pembiayaan kesehatan. Terakhir, pelibatan asuransi swasta dapat menjadi pelengkap dalam memberikan pilihan layanan kesehatan yang lebih luas kepada masyarakat.

f. Pembiayaan Sumber Luar Negeri

Program *Indonesia Supporting Primary and Referral Healthcare Reform* (I-SPHERE) adalah inisiatif yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan Indonesia untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer dan rujukan. I-SPHERE bertujuan untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan primer, yang dianggap sebagai komponen kunci dalam meningkatkan modal manusia di Indonesia. Program ini berfokus pada peningkatan kapasitas dan akuntabilitas pemerintah serta fasilitas kesehatan lokal. Selain itu, I-SPHERE juga berupaya memperkuat standar nasional melalui peningkatan akreditasi perawatan primer. Dampak project I-SPHERE pada sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, merupakan upaya peningkatan orientasi kinerja dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan bermutu tujuan akhir mencapai jaminan kesehatan universal.

Sesuai dengan kesepakatan antara Bank Dunia dan Pemerintah Indonesia, pelaksanaan Program I-SPHERE akan berfokus kepada tiga provinsi tertinggal di Indonesia, yaitu Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Papua, yang saat ini sedang menghadapi tantangan dalam ketidakmerataan pada hasil upaya kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan primer yang bermutu, khususnya angka kematian anak berusia di bawah lima tahun, malnutrisi kronis, dan stunting.

Loan agreement pinjaman Bank Dunia untuk Program I-SPHERE telah ditandatangani pada 17 Juli 2018, dan mulai efektif sejak 9 Oktober 2018 hingga berakhir pada tanggal 30 April 2024. Besaran pinjaman dari Bank Dunia sebesar USD 150.000.000,00 dengan skema PforR *(performance for result).* Dalam Program I-SPHERE juga terdapat kegiatan pembangunan rumah sakit UPT di kawasan Indonesia Timur, yaitu di Wamena, Ambon, dan Kupang, dengan tujuan untuk percepatan penyediaan akses pelayanan rujukan tersier yang berkualitas sekaligus sebagai upaya menurunkan disparitas pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu bagi masyarakat di Kawasan Timur Indonesia.

Dasar kebijakan dari kegiatan pembangunan rumah sakit UPT tersebut

adalah RPJMN 2014-2019, yaitu percepatan pemerataan pembangunan antar wilayah, mendorong transformasi dan akselerasi pembangunan wilayah Kawasan Timur Indonesia bidang kesehatan, dan arahan Presiden dalam rapat kabinet 21 Februari 2017 tentang pembangunan rumah sakit UPT berbasis maritim di Ambon. Dalam perkembangannya, hanya satu RS yang berhasil didirikan, yaitu RSUP J. Leimena, Ambon; dengan yang dikembangkan menjadi Kelas A dengan kapasitas hingga 450 tempat tidur, dan menjadi rujukan tersier di Kawasan Timur Indonesia.[54]

Pelaksanaan program I-SPHERE menghadapi beberapa isu yang signifikan, seperti yang diidentifikasi dalam laporan kinerja pelaksanaan pinjaman dan hibah luar negeri. Berikut adalah beberapa isu utama yang terkait dengan pelaksanaan I-SPHERE:

1. Keterbatasan Regulasi: Program ini menggunakan modalitas *Program for Results* (PforR) dengan skema pinjaman kegiatan (hybrid), yang belum sepenuhnya didukung oleh peraturan atau ketentuan spesifik. Misalnya, Peraturan Pemerintah No. 10/2011 tidak mengatur secara jelas mengenai pinjaman luar negeri dengan modalitas PforR ini. Hal ini menyebabkan ketidakjelasan dalam penyusunan *project implementation manual*, penentuan kategori biaya, dan penggunaan dana pinjaman.
2. Kendala Pelaporan dan Pemantauan: Peraturan Menteri Keuangan No. 224/PMK.08/2011 hanya mengatur pinjaman dan hibah konvensional, sehingga format laporan pelaksanaan kegiatan PHLN tidak mencakup pinjaman dengan modalitas PforR. Ini menimbulkan kesulitan dalam menyampaikan data dan informasi terkait alokasi dana per kategori biaya, kontrak pengadaan, dan laporan capaian indikator yang terkait dengan pencairan dana (Disbursement Linked Indicator/DLI).
3. Kinerja Pinjaman Luar Negeri: Ada tantangan dalam memastikan bahwa kinerja pinjaman luar negeri sesuai dengan target yang telah ditetapkan, terutama dalam konteks pencapaian DLI yang menjadi dasar pencairan dana pinjaman.

Isu-isu ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk pengembangan regulasi yang lebih spesifik dan sistem pelaporan yang lebih efisien untuk mendukung pelaksanaan program I-SPHERE secara efektif.

54 Kementerian PPN/Bappenas, *Laporan Kinerja Pelaksanaan Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri – Triwulan II (2020)*, (Jakarta: Kementerian PPN/ Bappenas, 2020).

g. Penerimaan "Pajak Dosa"

Ketersediaan dan kecukupan anggaran kesehatan, dapat bersumber dari pendanaan alternatif lain baik yang sudah ada dengan proses *earmarked* maupun sumber pendanaan baru. Pada satu dekade awal JKN, sumber pendanaan masih terbatas pada iuran peserta dan suntikan dana APBN; sehingga cukup rentan jika kepatuhan pembayaran rendah dan ketidakseimbangan klaim terjadi.

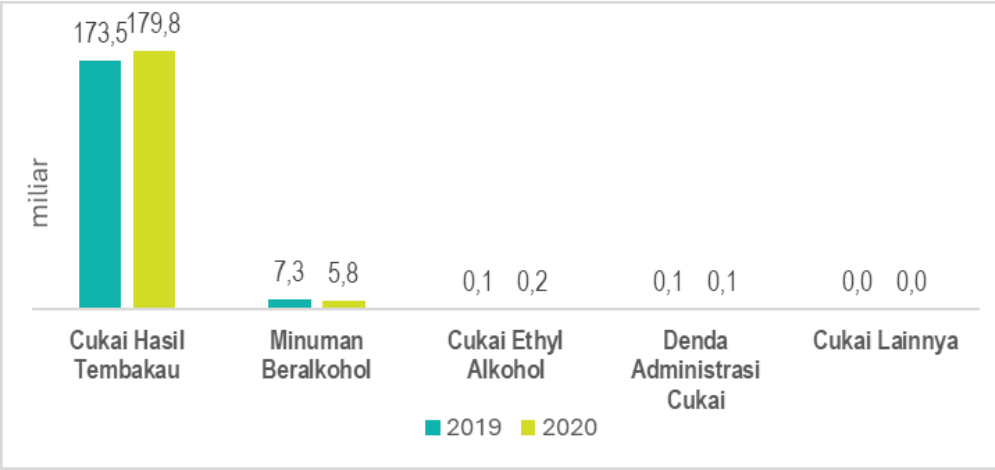
Mengalokasikan "Sin Tax (pajak dosa)" dari tembakau merupakan sumber pendapatan potensial bagi kesehatan. Namun hal itu harus dianggap sebagai ukuran kesehatan masyarakat dalam menurunkan konsumsi tembakau di Indonesia. Kondisi terbatasnya anggaran dan kenyataan bahwa lebih dari separuh iuran total peserta JKN disubsidi oleh pemerintah; serta sumber pendanaan eksternal (donor) kecil kemungkinannya untuk menjadi sumber yang berkelanjutan bagi sumber pendapatan (*revenue*) di masa depan; menjadikan *sin tax* dipandang sebagai salah satu solusi untuk menyediakan dana berkelanjutan. Sumber pendanaan dapat bersumber dari kombinasi antara skema pendanaan yang sudah ada dengan alternatif pendanaan lain seperti ekstensifikasi cukai berupa Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) dan alkohol, perluasan barang kena cukai (minuman berpemanis buatan dan bahan bakar fosil) dan peningkatan kontribusi keuangan daerah dalam pembiayaan JKN.

Salah satu sumber pendanaan yang potensial adalah cukai rokok. Rokok dikenai tiga jenis pajak yaitu cukai hasil tembakau, pajak pertambahan nilai, dan pajak rokok daerah. Dari ketiga pajak ini, peluang pendanaan JKN dapat bersumber dari cukai rokok (dana pusat) dan pajak rokok (dana daerah). Kebijakan pungutan pajak rokok dilaksanakan berdasarkan:

- UU Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan retribusi Daerah, yang mengatur tentang penerimaan pajak rokok oleh pemerintah daerah dan menetapkan bahwa paling sedikit 50% dari penerimaan pajak rokok harus digunakan untuk pelayanan kesehatan dan penegakan hukum
- Permenkeu Nomor 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan, yang mengatur tentang kontribusi dari pajak rokok untuk mendukung program JKN adalah sebesar 37,5% dari realisasi penerimaan pajak rokok yang diterima oleh provinsi dan kabupaten/kota. Ini berarti bahwa sebagian dari penerimaan pajak rokok yang dikumpulkan oleh pemerintah daerah dialokasikan langsung untuk mendukung pembiayaan JKN melalui BPJS Kesehatan
- Permenkes 53 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak

Rokok untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Potensi pajak rokok yang mencapai 10% dari cukai rokok yang dimonetisasi sekitar Rp14 triliun per tahun cukup potensial untuk digunakan dalam menutup fiskal gap pembiayaan kesehatan. Sebagian dari dana ini berpotensi digunakan untuk pelayanan kesehatan dan penegakan hukum, dengan ketentuan bahwa 75% (sekitar Rp5,25 triliun) dari separuh dana tersebut dapat dialokasikan untuk mendanai JKN, sementara 25% sisanya digunakan untuk promosi kesehatan serta penyediaan sarana dan prasarana kesehatan.[55]



Grafik 3.7: Penerimaan Cukai Rokok 2019-2020. Sumber: KataData, 2021. https://databoks.katadata.co.id/ekonomi-makro/statistik/2f346ce1172215a/realisasi-penerimaan-cukai-hasil-tembakau-naik-367-pada-2020.

Selain pada pajak dosa dari tembakau, produk minuman beralkohol dan berpemanis, merupakan upaya penerimaan dan penguatan instrumen pencegahan dan pengurangan faktor risiko secara bersamaan. Beberapa negara telah menerapkan pajak yang lebih tinggi pada barang konsumsi dengan kadar gula, garam, dan lemak, selain sin-tax untuk konsumsi rokok dan alkohol. Misalnya, Arab Saudi mulai memberlakukan cukai pada rokok dan minuman berpemanis pada tahun 2017, diikuti oleh Uni Emirat Arab dan Bahrain pada tahun yang sama. Qatar juga menerapkan pajak serupa pada Januari 2018. Pajak ini dikenal sebagai sin tax dan diterapkan untuk mengurangi konsumsi produk

55 https://theconversation.com/defisit-bpjs-kesehatan-ditutup-pajak-rokok-bisakah-berkelanjutan-94223

yang dianggap berbahaya bagi kesehatan masyarakat serta untuk meningkatkan pendapatan negara yang dapat digunakan untuk memperbaiki layanan publik.

Perjalanan pembiayaan kesehatan di Indonesia selama satu dekade terakhir diwarnai dengan berbagai dinamika dan tantangan. Implementasi JKN yang diharapkan menjadi solusi bagi pemerataan akses layanan kesehatan, justru menghadapi persoalan defisit anggaran yang terus membengkak. Meskipun upaya penyesuaian iuran telah dilakukan, namun besarannya masih jauh dari perhitungan aktuaria. Ironisnya, suntikan dana pemerintah untuk menambal defisit ini justru lebih banyak dinikmati oleh kelompok masyarakat mampu. Di sisi lain, praktik korupsi dan fraud dalam sistem JKN semakin memperburuk situasi. KPK mengungkap adanya potensi kebocoran anggaran dalam berbagai bentuk, mulai dari klaim fiktif hingga penyalahgunaan dana. Mampukah pemerintah menutup celah korupsi ini demi menjaga keberlangsungan program JKN?

Selain masalah defisit, pengelolaan dana kesehatan juga menghadapi tantangan dalam hal pemerataan. Alokasi anggaran kesehatan melalui skema DAK dan BOK belum sepenuhnya efektif dalam menjangkau daerah-daerah yang membutuhkan. Kapasitas fiskal daerah yang terbatas, ego sektoral, serta ketidaksesuaian perencanaan dan implementasi menjadi hambatan dalam optimalisasi penggunaan dana. Menghadapi kompleksitas persoalan pembiayaan kesehatan, pemerintah dituntut untuk berinovasi. Penggalian potensi sumber dana alternatif, seperti pinjaman luar negeri, penerapan "pajak dosa", serta pelibatan asuransi swasta, menjadi opsi yang perlu dipertimbangkan. Namun, yang terpenting adalah bagaimana memastikan bahwa setiap rupiah yang dikeluarkan benar-benar efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Akankah Indonesia mampu menemukan formula pembiayaan kesehatan yang tepat? Jawabannya ada di tangan para pemangku kebijakan, dengan dukungan segenap elemen masyarakat. Hanya dengan komitmen dan kerja sama yang kuat, cita-cita kesehatan yang merata dan berkualitas dapat terwujud.

C. Kebijakan Sumber Daya Manusia

Pasca penetapan UU SJSN 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), tahun 2011 pemerintah menetapkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang resmi beroperasi 1 Januari 2014. Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 membawa perubahan besar dalam sistem kesehatan Indonesia. Program JKN membutuhkan berbagai pendukung termasuk pengelolaan sumber daya manusia (SDM)

kesehatan. Kebijakan JKN yang meningkatkan pendanaan memberikan tantangan dan peluang baru dalam optimalisasi tenaga kesehatan guna mendukung pelaksanaan JKN yang efektif. Dalam hal ini ada pertanyaan apakah jumlah dan distribusi SDM kesehatan, termasuk dokter dan dokter spesialis cukup untuk JKN, dan apakah distribusinya merata? Apakah manajemen SDM kesehatan benar-benar siap menghadapi tuntutan ini?

Periode antara tahun 2009 hingga 2019 ditandai dengan beberapa produk hukum yang berkaitan dengan penyediaan, pemerataan, dan peningkatan mutu; dalam SDM Kesehatan.

1. Pendidikan Tinggi dan Kedokteran:
    - UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran: Mengatur tentang pendidikan kedokteran, termasuk standar pendidikan, kurikulum, dan akreditasi.
    - UU No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (tidak disebutkan dalam sumber, tetapi relevan dengan konteks): Mengatur tentang pendidikan tinggi, termasuk pendidikan kesehatan.
    - PP No. 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran: Mengatur pelaksanaan pendidikan kedokteran, termasuk pendidikan dokter spesialis.
2. Pengelolaan Tenaga Kesehatan:
    - UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: Mengatur tentang kesehatan, termasuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pengelolaan tenaga kesehatan.
    - UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan: Mengatur tentang jenis, pendidikan, registrasi, izin praktik, hak dan kewajiban tenaga kesehatan, serta pengembangan, pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan
    - UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan: Mengatur tentang praktik keperawatan, termasuk pendidikan, registrasi, izin praktik, hak dan kewajiban perawat, serta organisasi profesi keperawatan di Indonesia
    - UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Mengatur tentang praktik kebidanan, termasuk pendidikan, registrasi, izin praktik, hak dan kewajiban bidan, serta organisasi profesi kebidanan di Indonesia
    - PP No. 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan: Mengatur tentang pengelolaan tenaga kesehatan, termasuk perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, dan pembinaan.
3. Pemerataan Tenaga Kesehatan

- Perpres Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis
- Perpres Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis
- Peraturan Menteri Kesehatan 23 Tahun 2015 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Berbasis Tim (Team Based) Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat
- Peraturan Menteri Kesehatan 16 Tahun 2017 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat
- Peraturan Menteri Kesehatan 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat

Produk hukum tersebut menyoroti kekurangan dalam UU Praktik Kedokteran yang dibentuk pada tahun 2004 atas ketiadaan produk Peraturan Pemerintah dan memperkuat peran negara, terutama dalam praktik serta pendidikan dokter dan dokter spesialis. Secara khusus, produk hukum tersebut menegaskan kehadiran negara untuk memastikan pemerataan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan. Disrupsi pengelolaan SDM Kesehatan dengan berbagai program dilakukan untuk meningkatkan jumlah, distribusi, dan kualitas tenaga kesehatan, seperti pemberian beasiswa, pendayagunaan diaspora, dan pelatihan tenaga kesehatan. Kebijakan pendidikan tenaga medis juga mengalami perubahan sebagai respons terhadap kebutuhan JKN, salah satunya melalui wacana Dokter Layanan Primer (DLP) yang bertujuan memperkuat layanan kesehatan primer. Meski kontroversial,[56] inisiatif ini menandakan upaya pemerintah untuk menyesuaikan kebijakan pendidikan kedokteran dengan tuntutan sistem JKN.

1. Menyelaraskan Kebutuhan SDM Kesehatan dengan Tuntutan JKN

Dalam upaya membangun sistem pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas di seluruh Indonesia, pemerintah telah mengadopsi berbagai kebijakan strategis. Salah satu kebijakan yang paling berpengaruh adalah penugasan dokter dan tenaga kesehatan, yang bertujuan untuk mengisi kekurangan tenaga kesehatan di daerah-daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan. Kebijakan ini bertujuan untuk menjawab tantangan distribusi tenaga kesehatan yang selama ini cenderung terpusat di wilayah perkotaan dan meninggalkan daerah-daerah yang sangat membutuhkan.

Secara historis, sejak tahun 1951, Pemerintah telah melakukan berbagai upaya agar tenaga kesehatan dapat tersedia secara merata di seluruh wilayah NKRI sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Daerah tertinggal/terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) dan daerah-daerah tidak diminati lainnya

56 "Dokter Layanan Primer: Pro Kontra Tak Berkesudahan", *Kompas.id*, edisi 19 Juli 2017.



Foto 3.1: Pembekalan dan Pelepasan Dokter/Dokter Gigi PTT Periode Oktober 2012. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

selalu menjadi fokus dan prioritas utama Pemerintah, dalam mengatasi kekosongan tenaga kesehatan yang akan menghambat keterlaksanaan pelayanan kesehatan. Pemerintah Pusat turut mengambil andil dan peran dalam meningkatkan pemerataan kesehatan. Salah satu yang cukup masif adalah Program Pegawai Tidak Tetap (PTT), yaitu penempatan bagi dokter dan bidan yang di jalankan antara tahun 1991 hingga 2015. Terdapat beberapa issue yang terjadi antara masa pra-reformasi hingga post-reformasi atas program PTT tersebut; yang berujung pada tuntutan untuk pengangkatan tenaga kesehatan menjadi PNS di tahun 2016.

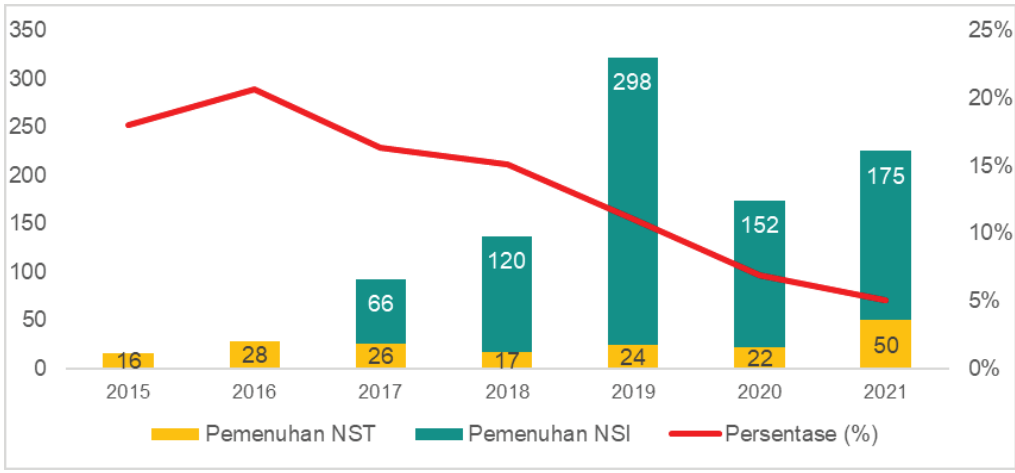
Pengangkatan PTT menjadi ASN merupakah salah satu strategi yang ditetapkan oleh pemerintah dalam memberikan kepastian jenis kepegawaian. Kementerian PANRB mendorong penataan tenaga non-ASN, termasuk tenaga honorer, untuk memberikan kepastian status, karier, dan kesejahteraan.[57] Kebijakan ini didasari oleh PP No. 48/2005 jo PP No. 43/2007 dan terakhir diubah dalam PP No. 56/2012 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi CPNS. Kebijakan tersebut juga diperkuat dengan penerbitan UU Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) hanya mengenal Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kontrak (PPPK). Amanah ini diperkuat dengan Perpres Nomor 81 Tahun 2016: yang mengatur secara spesifik mengenai pengangkatan tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil, sangat terpencil, atau perbatasan untuk menjadi PNS. Implementasinya

57 "Penataan Tenaga Non-ASN Sesuai Kebutuhan Demi Kepastian Status dan Karier serta Kesejahteraan", *panrb*, 4 Juli 2022.

Tabel 2.5: Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di Indonesia

	1951	1992	2002	2005	2007	2013	2015	2017	2019-saat ini
Aspek Legal	Dasar Hukum: UU 8/1951 UU 9/1951 UU 6/1963 UU 9/1963 UU 18/1964 Isi Kebijakan Wajib kerja sarjana Pengabdian wajib sebagai PNS: daerah biasa (5 th), daerah terpencil (3 th)	Dasar Hukum: Perpres 37/1991 Perpres 23/1994 Permenkes 8/1992 Isi Kebijakan: Zero growth policy Perekrutan PTT wajib untuk dokter dan bidan, siklus rekrutmen 3x/ tahun. Durasi kontrak 3 tahun + insentif finansial	Dasar Hukum: Permenkes 1540/2002 Isi Kebijakan: Zero growth policy PTT bersifat sukarela, boleh ditunda atau pakai cara lain	Kebijakan: Pengangkatan tidak lagi berdasar antrian *Online scoring system*, IPK, tahun kelulusan, asal daerah. Diberlakukan kebijakan provinsi terbuka dan tertutup.	Dasar Hukum: Permenkes 508/2007 Isi Kebijakan: Memperpendek masa bakti daerah terpencil (1 tahun), Sangat Terpencil (6 bulan) + peningkatan insentif finansial. Seluruh provinsi dibuka, pendaftar bisa mengajukan permohonan di tempatkan di 2 Kab/Kota	Dasar Hukum: Permenkes 7/2013 Isi Kebijakan: Masa bakti kembali menjadi 2 tahun untuk meningkatkan retensi Permenkes	Dasar Hukum: 75/2014 23/2015 80/2015 16/2017 Isi Kebijakan: Penempatan berbasis Tim Masa tugas 2 tahun Terdapat pilihan individu	Dasar Hukum: Perpres 4/2017 Permenkes 69/2016 Isi Kebijakan: Wajib Kerja Dokter spesialis bagi 5 jenis spesialistik Masa penugasan 1 (satu) tahun bagi peserta mandiri	Dasar Hukum: Perpres 31/2019 Permenkes 33/2018 36/2019 Isi Kebijakan: Penempatan berbasis Individu Pendayagunaan Dokter Spesialis bersifat sukarela Penambahan Jenis dokter Spesialis pada Pendayagunaan Dokter Spesialis (SpPK, SpRad)
Isu/ Dampak	Perbaikan ketersediaan tenaga kesehatan pada jejaring layanan	Insentif pengangkatan PNS hilang, antrian panjang di Prov favorit, isu hak asasi, keterlambatan gaji, retensi buruk.	Daerah tidak memiliki kemampuan mengangkat PTT sendiri, kebutuhan tidak terpenuhi	Proses rekrutmen membaik. Setelah sampai di Provinsi tidak mau ditugaskan di daerah sangat terpencil.	Permasalahan retensi	Permasalahan distribusi dan ketimpangan kualitas layanan.	Peningkatan kualitas layanan puskesmas	Pelayanan spesialistik pada daerah kepulauan dan perifer terpenuhi	Jenis spesialis yang didayagunakan bertambah jenisnya. Penempatan bersifat sukarela Terdapat isu hak asasi

Sumber: Cisdi, "Transformasi Pengelolaan Tenaga kesehatan untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas DTPK". *Makalah Kebijakan Singkat CISDI*, Seri I – Desember 2019.



Grafik 3.8: Tren Puskesmas Tanpa Dokter dan Pemenuhan Dokter melalui Nusantara Sehat, Tahun 2015 - 2021. Sumber : Kemenkes, (diolah)

berfokus pada tenaga kesehatan yang dianggap telah memberikan pelayanan dalam jangka panjang. Hasilnya, sebanyak 49.443 orang direncanakan untuk diangkat menjadi PNS. Ini termasuk bidan PTT (42.245 orang), dokter PTT (1.984 orang), dokter gigi PTT (904 orang), dan Tenaga Tim Nusantara Sehat (4.310 orang). Pengangkatan tenaga kesehatan menjadi ASN tidak serta-merta dapat memberikan solusi pemerataan. Sebagai bukti bahwa pengangakatan PTT tahun 2016 tidak meningkatkan pemenuhan puskesmas tanpa dokter, yang hingga saat ini masih ada sekitar 4% Puskesmas belum memiliki dokter; dan masih tingginya rekrutmen bagi tenaga bidan dan perawat untuk ditempatkan di Puskesmas melalui program Nusantara Sehat yang digagas oleh Menteri Kesehatan- Prof. Nila Moeloek, hingga sekitar tahun 2020.

Program Nusantara Sehat yang digagas pada tahun 2015 memiliki tujuan untuk pemenuhan di daerah DTPK (Daerah Terpencil/ Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan) dan daerah DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan). Program ini menempatkan tenaga kesehatan berbasis team, yang dibentuk dengan tujuan memberikan pelayanan dan memandirikan masyarakat dengan program Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Namun pada hasil kajian Badan Litbang Kemenkes, tahun 2018, ditemukan bahwa tingkat partisipasi daerah untuk mandiri dalam pemenuhan tenaga kesehatan dan memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan program Nusanatara Sehat untuk mendapatkan tenaga kesehatan yang mudah dan murah; menjadi paradigma yang baru.

Program serupa untuk penempatan dokter spesialis juga dibentuk tahun

2017, yaitu Wajib Kerja Dokter spesialis. Wajib kerja dokter spesialis memiliki kemiripan dengan program Wajib Kerja Sarjana yang diberlakukan sebelum tahun 1991. Program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 merupakan inisiatif pemerintah untuk meningkatkan akses dan pemenuhan pelayanan kesehatan spesialistik, terutama di DTPK. Program ini mewajibkan dokter spesialis yang baru lulus untuk bekerja di daerah selama minimal satu tahun. Lima spesialisasi utama yang difokuskan pada tahap awal adalah kebidanan, anak, bedah, penyakit dalam, dan anestesi—spesialisasi yang dianggap paling mendesak untuk memenuhi target pemenuhan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Insentif yang diberikan termasuk gaji sebesar 22,5-30 juta per bulan, insentif tambahan, serta fasilitas seperti rumah dinas dan kendaraan. Program ini juga turut didukung oleh Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPR) untuk membangun rumah dinas di beberapa RS yang menjadi lokasi penempatan dokter spesialis. Meski program WKDS memiliki tujuan yang positif, program ini menimbulkan kontroversi. Beberapa pihak berpendapat bahwa program ini melanggar hak asasi manusia dan dianggap serupa dengan kerja paksa, melanggar kebijakan International Labour Organization (ILO). Judicial review terhadap WKDS diajukan ke Mahkamah Agung (MA) oleh dr. Ganis Irawan, dan pada tahun 2018, MA membatalkan kebijakan WKDS melalui putusan Nomor 25 P/HUM/2018. Putusan tersebut menyatakan bahwa WKDS bertentangan dengan UU No. 39 Tahun 1999 tentang HAM dan UU No. 19 Tahun 1999 yang meratifikasi Konvensi ILO mengenai Penghapusan Kerja Paksa. Setelah pembatalan WKDS, pemerintah memperkenalkan Program Pendayagunaan Dokter Spesialis pada tahun 2019 melalui Perpres Nomor 31, yang bersifat sukarela. Program ini memiliki cakupan spesialisasi yang lebih luas, termasuk patologi klinik dan radiologi, dan memberikan fleksibilitas dalam penambahan spesialisasi lain sesuai kebutuhan.

Secara umum, pendayagunaan bagi Tenaga Kesehatan kerap diwarnai oleh isue tergadainya hak asasi bagi tenaga kesehatan, insentif yang tidak mencukupi, keterlibatan Pemerintah Daerah dalam memenuhi jaminan insentif dan keamanan, hingga kepastian status kepegawaian. Berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah yang merupakan evolusi dari kesalahan program sebelumnya, yang sebetulnya tidak menyelesaikan permasalahan utama dari pemerataan; yaitu memperbaiki produksi tenaga kesehatan dapat dijangkau di semua provinsi.

Selain pendayagunaan dari dalam negeri, inisiasi untuk mendatangkan dokter dari luar negeri telah menjadi topik diskusi sejak lama. Isu masuknya

dokter asing ke Indonesia di masa JKN menjadi topik yang hangat dan merupakan bagian dari implementasi perjanjian GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade*) yang mendorong liberalisasi perdagangan jasa, termasuk sektor kesehatan. Menurut Loedin (1994) kondisi ini didorong dari ketidakpercayaan masyarakat, yang ditandai 80% warga Indonesia berobat di Klinik di Singapura. Nadesul (1994) berpandangan bahwa datangnya dokter asing berpotensi mengeksploitasi pasien sebagai subordinasi, atas kewenangan otonomi dan dominasi dalam pelayanan. Isu ini berkembang kembali di era JKN, terutama dalam peningkatan layanan spesialistik yang tidak hanya bagi dokter asing, namun juga dokter diaspora lulusan luar negeri yang ingin berpraktik. Sejak 2013, berbagai peraturan telah diluncurkan untuk mengatur arus dokter asing maupun dokter diaspora lulusan luar negeri. Serangkaian peraturan harus dipatuhi, terkait persyaratan izin kerja, registrasi, dan pengawasan.

2. Pendayagunaan Dokter Asing dan Diaspora

Masuknya dokter asing ke Indonesia bukanlah fenomena baru. Sejak era Orde Baru, isu ini telah menjadi sorotan, seiring dengan meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan yang berkualitas. Pada 1994, Loedin mencatat bahwa ketidakpercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan domestik menjadi salah satu pendorong tingginya angka warga Indonesia yang memilih berobat ke luar negeri. Sebuah fakta mencengangkan, saat itu, 80% pasien Indonesia yang mencari pengobatan luar negeri berlabuh di klinik-klinik Singapura. Fenomena ini menunjukkan adanya kesenjangan antara ekspektasi masyarakat dan kapasitas pelayanan kesehatan lokal. Di saat yang sama, diskusi tentang liberalisasi perdagangan jasa semakin mencuat. General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), sebuah kerangka kerja internasional yang mendorong liberalisasi di berbagai sektor, termasuk kesehatan, membuka peluang bagi dokter asing untuk masuk dan berpraktik di Indonesia. Namun, di balik potensi manfaatnya, muncul kekhawatiran yang tak kalah signifikan. Nadesul (1994), seorang pengamat kesehatan, mengingatkan akan bahaya subordinasi pasien. Ia berargumen bahwa kehadiran dokter asing, yang membawa otoritas dan dominasi dalam layanan medis, dapat menggeser keseimbangan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.

Ketika era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai pada 2014, diskusi tentang dokter asing kembali menggema. Kali ini, masalah yang dihadapi lebih kompleks, dengan fokus pada kekurangan tenaga spesialis, terutama di wilayah terpencil. Kondisi geografis Indonesia yang luas dan kebutuhan spesialisasi tertentu menjadi tantangan besar. Dokter asing maupun diaspora lulusan luar

negeri dipandang sebagai solusi potensial untuk mengisi kekosongan ini.

Namun, langkah membuka pintu bagi dokter asing maupun diaspora tidaklah sederhana. Pemerintah menyadari bahwa regulasi yang jelas dan ketat diperlukan untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan. Sejak 2013, berbagai peraturan diterbitkan untuk mengatur alur masuknya dokter asing. Izin kerja, sertifikasi kompetensi, registrasi, hingga pengawasan praktik menjadi aspek-aspek yang diatur secara detail. Tujuannya adalah memastikan bahwa meskipun dokter asing datang, standar pelayanan kesehatan Indonesia tetap terjaga.

Arsitektur regulasi yang disusun pemerintah mencerminkan pendekatan multidimensi terhadap isu ini. Regulasi tersebut tidak hanya mencakup aspek legalitas praktik, tetapi juga menyentuh mekanisme pengawasan ketat agar dokter asing benar-benar memenuhi standar medis yang berlaku. Langkah ini juga mencakup pembukaan akses bagi diaspora medis Indonesia—dokter-dokter lulusan luar negeri yang ingin kembali dan berkontribusi di tanah air. Pemerintah berharap, mereka tidak hanya membawa pengetahuan dan pengalaman, tetapi juga memperbaiki reputasi layanan kesehatan lokal. Serangkaian peraturan telah diterbitkan untuk mengatur arus masuk dokter asing, antara lain:

1. Peraturan Keimigrasian:
    - Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2011 tentang Keimigrasian: Mengharuskan dokter asing untuk memiliki Visa Kerja (VITAS) dan Izin Tinggal Terbatas (ITAS). Ini menjadi dasar hukum untuk memastikan bahwa dokter asing memenuhi persyaratan keimigrasian sebelum mereka diizinkan untuk bekerja di Indonesia.
    - Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 10 Tahun 2018: Dokter asing harus juga memiliki Izin Mempekerjakan Tenaga Kerja Asing (IMTA) dan tercantum dalam Rencana Penggunaan Tenaga Kerja Asing (RPTKA) yang diajukan oleh rumah sakit atau lembaga yang mempekerjakan mereka. Aturan ini memastikan bahwa dokter asing hanya dipekerjakan dalam situasi di mana SDM lokal tidak mencukupi.
    - Peraturan Presiden Nomor 20 Tahun 2018: Mengeluarkan regulasi yang menyederhanakan proses perizinan tenaga kerja asing, mempercepat proses birokrasi yang seringkali menjadi hambatan.
2. Peraturan Kedokteran:
    - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2013: Menetapkan aturan tentang pendayagunaan tenaga kesehatan asing, termasuk dokter, dalam kerja sama atau situasi khusus seperti bencana alam atau krisis kesehatan.

- Peraturan KKI Nomor 17 Tahun 2013: Mengatur proses registrasi dokter asing yang harus memiliki ijazah yang diakui, mengikuti uji kompetensi, dan mendaftar di Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).
- Peraturan KKI Nomor 41 Tahun 2016: Mengatur penyelenggaraan praktik kedokteran oleh dokter asing dalam konteks kerja sama internasional, pendidikan, atau misi kemanusiaan, memastikan bahwa praktik mereka sesuai dengan standar Indonesia.

Sementara itu, bagi dokter diaspora terdapat peraturan yang lebih fleksibel, yang diatur Peraturan KKI Nomor 54 Tahun 2013 tentang Tata Cara Registrasi Dokter dan Dokter Gigi Lulusan Luar Neger, yang mengatur bahwa dokter WNI lulusan luar negeri harus melakukan proses penyetaraan ijazah melalui KKI dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Mereka juga wajib mengikuti Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI), yang memastikan mereka memiliki kompetensi sesuai dengan standar yang berlaku di Indonesia.

Meskipun berbagai skema telah diluncurkan oleh pemerintah untuk mendayagunakan dokter asing dan diaspora, beberapa kendala masih dihadapi:

- Sulitnya Persyaratan: Proses perizinan dan registrasi yang ketat untuk dokter asing seringkali membuat mereka enggan untuk berpraktik di Indonesia.
- Panjangnya Proses Evaluasi Kompetensi: Proses penyetaraan ijazah dan uji kompetensi bagi dokter diaspora bisa sangat memakan waktu.
- Ketidakjelasan Janji Layanan: Banyak dokter yang menghadapi ketidakpastian mengenai janji layanan dan kesempatan kerja di Indonesia.

Di balik optimisme pendayagunaan tenaga diaspora dan asing, kritik pedas tetap muncul. Kritik terhadap langkah ini meliputi kekhawatiran bahwa masuknya dokter asing dapat memperburuk ketimpangan ekonomi dalam akses kesehatan, mengurangi kesempatan dokter lokal untuk bekerja; sehingga opsi tersebut dikesampingkan dan potensi produksi dalam negeri menjadi hal yang diambil sebagai solusi yang harus dioptimalkan. Namun, seringkali pemerataan dokter spesialis menjadi masalah persisten disamping rendahnya jumlah lulusan yang tidak sebanding dengan kebutuhan di layanan. Seperti yang disampaikan di Bab sebelumnya, UU Praktik Kedokteran menjadi dasar dalam penyelenggaraan praktik dan pendidikan kedokteran. Pembaruan regulasi penyelenggaraan pendidikan, diterbitkan di era JKN melalui UU Pendidikan Kedokteran Nomor 20 Tahun 2013 dan UU Pendidikan Tinggi Nomor 12 Tahun 2012. Sementara UU Praktik Kedokteran sebagai produk hukum sebelumnya, tidak dicabut. Lalu,

bagaimana ketiga peraturan tersebut dapat menyelesaikan permasalahan penyediaan dokter spesialis dan pendidikan profesi kesehatan? Apakah peran pendulum dapat bergerak ke kanan yang menandakan menguatnya peran pemerintah?

3. Penguatan Peran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Pendidikan Dokter

Revolusi pendidikan kedokteran di Indonesia mencapai momentum penting dengan diundangkannya Undang-Undang No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Kebijakan ini sejalan dengan Undang-Undang No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, yang mempertegas peran pemerintah dalam penyelenggaraan pendidikan kedokteran. Undang-undang ini memberikan kerangka kerja bagi pembentukan lembaga-lembaga yang bertujuan meningkatkan kualitas pendidikan dan kompetensi lulusan dokter di seluruh Indonesia. Sistem pendidikan kedokteran pun secara resmi dibagi menjadi empat bidang utama, yaitu ilmu dasar, klinis, bioetik, dan pendidikan kedokteran, untuk memastikan kurikulum yang komprehensif dan seimbang.

Namun, penetapan UU Pendidikan Kedokteran dan UU Pendidikan Tinggi tidak dapat mencabut Undang-Undang Praktik Kedokteran 2004. Situasi yang terjadi ini justru meningkatkan dominasi Organisasi Profesi (OP) melalui kolegium dalam mengatur pendidikan kedokteran. Politisasi medis ini menghambat fleksibilitas dan inovasi yang diperlukan untuk menyesuaikan kurikulum dengan kebutuhan spesifik berbagai daerah di Indonesia yang beragam secara demografis dan budaya. Di sisi lain, dominasi OP juga merambah ke ranah disiplin profesi dokter, yang mencerminkan konsep "*self-regulating regime*" — di mana profesi medis memiliki otonomi besar dalam mengatur dirinya sendiri. Namun, fenomena ini memunculkan kekhawatiran mengenai *checks and balances* serta akuntabilitas dalam regulasi profesi medis.

Sebagai perbandingan, beberapa negara telah menyesuaikan pendidikan kedokterannya dengan kebutuhan wilayah tertentu, baik secara jumlah, jenis kompetensi, dan pelaksanaannya. Di Amerika Serikat, terdapat program khusus untuk wilayah terpencil, sedangkan Australia dan Thailand telah memasukkan kurikulum rural dalam pendidikan profesi kesehatan mereka.[58] Dominasi

58 Tesson G, Curran V, Strasser R, Pong R, Chivot D. Les innovations de l'enseignement médical en vue du recrutement des médecins pour les régions rurales et éloignées au Canada, aux Etats-Unis et en Australie [Adapting medical education to meet the physician recruitment needs of rural and remote regions in Canada, the US and Australia]. *Sociol Demogr Med*. 2005 Apr-Sep;45(2-3):229-53; dan Sriratanaban A, Sangprasert B. The Rural Area Project (RAP) in Thailand: curriculum development. Med Educ. 1983 Nov;17(6):374-7.

organisasi profesi di Indonesia dianggap menjadi hambatan sistemik bagi inovasi pendidikan yang lebih responsif terhadap kebutuhan layanan kesehatan.

Kondisi dominasi IDI memunculkan pergolakan atas kewenangan IDI yang melewati tugas dan fungsinya, terutama dalam praktik monopoli untuk mengeluarkan sertifikasi profesi dokter dan rekomendasi izin praktik dokter. Kondisi ini menjadikan IDI sebagai "super body" dan "super power", yang berpotensi menciptakan perilaku sewenang-wenang. Gugatan ini dilayangkan pada tahun 2017, tiga orang dokter yaitu Judilherry Justam, Nurdadi Saleh, dan Pradana Soewondo mengajukan permohonan uji materi ke Mahkamah Konstitusi terkait beberapa pasal dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.

Dalam putusan Mahkamah Konstitusi (MK) No. 10/PUU-XV/2017, para pemohon (31 dokter anggota IDI) mengajukan permohonan agar kolegium dan perhimpunan dokter spesialis diakui sebagai organisasi profesi yang terpisah dari IDI. Namun, MK menolak permohonan tersebut dan justru menegaskan bahwa IDI adalah satu-satunya organisasi profesi kedokteran yang sah di Indonesia dan kolegium tetap diakui sebagai bagian integral dari IDI, bukan sebagai organisasi terpisah. Kolegium berfungsi sebagai *academic body* profesi kedokteran di bawah naungan IDI Putusan ini memperkuat posisi IDI sebagai rumah besar profesi kedokteran di Indonesia yang dapat membentuk kolegium-kolegium untuk melaksanakan kewenangan tertentu berdasarkan peraturan perundang-undangan dan AD/ART IDI.

Putusan MK ini menjadikan Pemerintah hanya memiliki perpanjangan tangan melalui Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dalam upaya penjagaan mutu serta mengawasi dan mengatur praktik kedokteran. Sekalipun putusan MK menyebutkan bahwa anggota IDI yang duduk dalam KKI seharusnya bukan pengurus IDI, dalam praktiknya sulit untuk sepenuhnya menghindari dualisme keanggotaan. Disebabkan akibat terbatasnya jumlah ahli dalam bidang kedokteran yang memiliki kompetensi untuk duduk di KKI. Meskipun ada upaya untuk mencegah konflik kepentingan, masih ada potensi terjadinya benturan kepentingan karena anggota KKI yang berasal dari IDI mungkin masih memiliki loyalitas atau kepentingan terhadap organisasi profesinya.

Dari sisi legal, Alfani juga menyoroti kompleksitas peraturan yang melibatkan tiga undang-undang dalam penyelenggaraan pendidikan kedokteran. Menurutnya, UU Praktik Kedokteran 2004 seharusnya tidak diatur dalam bentuk undang-undang karena materi yang diatur tidak memenuhi kriteria produk hukum undang-undang. Bahkan, Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN)

Kemenkumham merekomendasikan agar regulasi tersebut diatur melalui Peraturan Pemerintah (PP).[59]

Aplikasi UU Pendidikan Kedokteran 2013, memperkuat peran pemerintah melalui pelaksanaan program internsip dokter Indonesia (PIDI), ditetapkan melalui Permenkes 299/Menkes/Per/IV/2010, yang menjadi bagian integral dari reformasi pendidikan kedokteran yang bertujuan untuk transisi menuju praktik profesional. PIDI diluncurkan atas amanat standar dari *World Federation for Medical Education* (WFME), memberikan kesempatan kepada lulusan dokter untuk mengaplikasikan keterampilan mereka di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan primer.[60]

Penyelenggaraan Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI), yang sebelumnya diselenggarakan oleh Asosiasi Institusi Kedokteran Indonesia (AIPKI), Persatuan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI), dan Kolegium Dokter Indonesia yang diambil alih oleh oleh Kemdikbud Ristek menjadi Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter (UKMPPD), melalui Permendikbud No. 30 tahun 2014. Pelaksanaan UKMPPD melibatkan Kementerian Kesehatan, KKI, AIPKI, PB IDI, dan Panitia Nasional, menjadikan kendali mutu lulusan dokter menjadi seimbang.

4. Penyelenggaraan Kedokteran Spesialis

Masalah ketersediaan dokter spesialis telah menjadi perhatian dalam sistem kesehatan Indonesia. Pada 2017, Menteri Kesehatan RI, Prof. Dr. Nila Farid Moeloek, menyatakan bahwa rasio dokter spesialis di Indonesia pada 2015 hanya mencapai 12,6 per 100.000 penduduk, sementara proyeksi Bappenas tahun 2018 menunjukkan bahwa untuk memenuhi kebutuhan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2024, diperlukan 28 dokter spesialis per 100.000 penduduk. Kebutuhan ini semakin kompleks karena belum ada mekanisme yang efektif untuk menyelaraskan antara produksi spesialis dengan kebutuhan layanan . Kebutuhan dokter spesialis semakin kompleks karena belum adanya mekanisme *mix-match* antara kebutuhan layanan dengan produksi spesialis. Terdapat dua sejarah besar yang terjadi, yaitu pendirian dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (KKLP) dan pengintegrasian sistem pendidikan dan kesehatan melalui Academic Health System (AHS)

Pengembangan pendidikan spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (KKLP), yang dirancang untuk memperkuat pelayanan di tingkat kesehatan primer. Program ini bertujuan menghasilkan spesialis yang berkarier di layanan

59 Khozin Alfani, "Harmonisasi Peraturan di Bidang Pendidikan Kedokteran dan Praktik Kedokteran", Thesis Fakultas Hukum Universitas Indonesia Tahun 2023.

60 https://www.ilmagiindonesia.org/profil-health-professional-education-quality-hpeq/

primer hingga masa pensiun, bukan sekadar menjadikan layanan primer sebagai 'batu loncatan' untuk menjadi spesialis di rumah sakit rujukan. Namun, kebijakan ini menimbulkan kontroversi di kalangan medis, terutama dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Perhimpunan Dokter Umum Indonesia (PDUI), yang menolak keras program tersebut.[61]

Alasan yang diajukan karena UU Pendidikan Kedokteran dianggap memaksakan spesialisasi dokter layanan primer atau spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (KKLP), yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat, karena 80% kompetensinya sama dengan dokter umum. Kondisi ini menimbulkan kebingungan dalam implementasi, serta kekhawatiran tentang nasib dokter umum dan kemampuan sistem untuk menyerap lulusan Spesialis KKLP.

PDUI pada akhirnya mengajukan uji materiil atas Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran terhadap UUD 1945. PDUI mengajukan keberatan terhadap program Dokter Layanan Primer (DLP), yang mereka anggap sebagai "proyek" dari Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. Mereka juga berpendapat bahwa kurikulum program DLP tidak memiliki unsur baru yang signifikan dan menganggap uji kompetensi dokter berpotensi menjadi "lahan bisnis". Meskipun akhirnya pemerintah memenangkan gugatan tersebut melalui putusan Mahkamah Konstitusi nomor 122/PUU-XII/2014. Perlawanan terhadap kebijakan ini menunjukkan upaya kolegium dan organisasi profesi ini menunjukkan peran aktif mereka dalam mengkritisi dan berupaya mempengaruhi kebijakan pendidikan kedokteran di Indonesia.

Pasca Putusan MK tersebut, beberapa langkah telah diambil baik dari pihak Pemerintah maupun Organisasi Profesi, yaitu :

1. Menyiapkan regulasi terkait fasilitas pendidikan, standar pendidikan dan kompetensi
2. Menyelenggarakan pelatihan Pengakuan Pembelajaran Lampau (PPL) untuk dokter di Puskesmas
3. Mengusulkan revisi Undang-Undang Pendidikan Kedokteran kepada Dewan Perwakilan Rakyat
4. Pembukaan program DLP di Universitas Padjadjaran membuka sebagai respons terhadap putusan

Sementara pemerintah dan organisasi profesi berupaya menyelesaikan permasalahan terkait DLP, kolaborasi antara Kemendikbud dan Kemenkes terus

61 "Doctors Stage Protest, Reject DLP Program", *Tempo English*, edisi 24 Oktober 2016; dan " Alasan Ribuan Dokter Demo Menolak Program DLP Pemerintah", *Tempo.co.*, edisi 24 Oktober 2016.

berlanjut dalam berbagai aspek pendidikan kedokteran. Salah satu inisiatif penting yang muncul adalah pengembangan konsep Sistem Kesehatan Akademik atau Academic Health System (AHS), yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan secara terintegrasi.

Tahun 2014 kolaborasi antara Kemendikbud dan Kemenkes juga ditunjukkan dengan proyek kolaboratif dalam produksi spesialis melalui konsep AHS. Konsep ini diperkenalkan di Indonesia dalam Kepmenkes 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan yang menjelaskan perbedaan standar untuk RS Pendidikan Utama, RS Pendidikan Afiliasi (Ekselensi), dan RS Pendidikan Satelit dimana ketiganya merupakan bagian dari AHS atau yang sebelumnya dikenal juga dengan istilah Academic Health Center System (AHCs). AHS diperkuat dengan pembentukan Komite Bersama (Kombers) yang dibentuk oleh Kementerian Pendidikan dan Kementerian Kesehatan, menjadi wadah untuk koordinasi pengembangan AHS di seluruh Indonesia. Pada tahun 2016, kedua kementerian ini meresmikan Kombers untuk meningkatkan kualitas pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan.

Elaborasi kebijakan dalam penyediaan dokter spesialis, pemerintah telah menyelaraskan dengan kebijakan pembiayaan. Program beasiswa yang diselenggarakan secara komprehensif di masa JKN diatur pada:

1. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 54 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Tugas Belajar Sumber Daya Manusia Kesehatan.
2. Permenkes Nomor 11 Tahun 2018 tentang Bantuan Biaya Pendidikan Program Dokter Layanan Primer
3. Permenkes Nomor 13 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pemberian Beasiswa Bagi Tenaga Kesehatan Pasca Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan

Evolusi kebijakan dalam bantuan biaya pendidikan dalam memperkuat kapasitas tenaga kesehatan melalui program tugas belajar yang terstruktur, yang semula hanya diatur bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) di sektor kesehatan, diperluas menjadi pada jenis dokter layanan primer (DLP) dan tenaga kesehatan pasca penugasan khusus Nusantara Sehat. Pemberian beasiswa tenaga kesehatan, termasuk dokter spesialis, dapat melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, baik di dalam maupun luar negeri, dengan dukungan biaya penuh dari negara.

5. Dilema Residen - Antara Pelajar dan Pekerja

Kerangka kebijakan JKN menjadikan, posisi dokter residen kembali menjadi sorotan. Peningkatan tajam permintaan pelayanan kesehatan akibat sistem

pembiayaan BPJS Kesehatan memaksa kita mempertanyakan: apakah dokter residen seharusnya diperlakukan sebagai mahasiswa atau sebagai pekerja profesional yang menjalankan tanggung jawab besar dalam layanan kesehatan? Perdebatan ini mencapai puncaknya saat UU Pendidikan Kedokteran disahkan dan dalam proses inilah narasi dualitas peran residen semakin mengemuka.

Sebelum adanya UU ini, Indonesia hanya mengenal dua jenis dokter: dokter umum dan dokter spesialis. Dokter residen tidak pernah secara resmi diakui dalam sistem hukum kesehatan, meskipun mereka memegang peran vital dalam operasional rumah sakit pendidikan. Residen seringkali menjadi tulang punggung pelayanan medis di banyak RS, karena eskalasi jumlah pasien di era JKN yang tidak mampu diatasi oleh tenaga kesehatan organik. Tetapi data mengenai jumlah, penyebaran, dan status hukum mereka belum pernah terorganisir dengan baik. Sehingga skema perlindungan hukum, remunerasi layak, dan hak-hak seperti pekerja rumah sakit lainnya; sering menjadi isu diujung persimpangan jalan. Beberapa faktor pendorong perubahan ini antara lain:

1. Lonjakan jumlah pasien BPJS yang membutuhkan dokter spesialis yang belum diimbangi dengan pertumbuhan jumlah spesialis.
2. Pemerataan layanan kesehatan yang menuntut lebih banyak dokter spesialis di daerah-daerah jauh dan terpencil.
3. Praktik internasional, di mana di banyak negara maju, seperti Amerika Serikat dan Inggris, residen diperlakukan sebagai tenaga profesional.
4. Ketentuan hukum, termasuk UU Rumah Sakit yang mengatur tentang tenaga kesehatan di RS
5. Akreditasi Joint Commission International (JCI), yang mensyaratkan kualitas pelayanan dan ketersediaan tenaga medis berkualitas, termasuk dokter residen yang berperan sebagai bagian dari tim layanan RS

Residen, Secara *de-facto* residen telah bekerja di RS, namun secara *de jure* statusnya masih belum jelas. UU Pendidikan Kedokteran No. 20 Tahun 2013. Pada pasal 31, UU ini memberikan pengakuan bahwa mahasiswa program spesialis dan subspesialis harus diperlakukan secara berbeda dari mahasiswa biasa. Mereka berhak mendapatkan insentif, perlindungan hukum, dan waktu istirahat yang layak.

Pasal 31: UU Pendidikan Kedokteran

1. Setiap Mahasiswa berhak:
    - memperoleh perlindungan hukum dalam mengikuti proses belajar

mengajar, baik di Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi maupun di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran;
- memperoleh insentif di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran bagi Mahasiswa program dokter layanan primer, dokter spesialis-sub spesialis, dan dokter gigi spesialis-subspesialis; dan
- memperoleh waktu istirahat sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

2. Setiap Mahasiswa paling sedikit berkewajiban:
   - mengembangkan potensi dirinya secara aktif sesuai dengan metode pembelajaran;mengikuti seluruh rangkaian Pendidikan Kedokteran;
   - menjaga etika profesi dan etika rumah sakit serta disiplin praktik kedokteran;
   - mengikuti tata tertib yang berlaku di lingkungan Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi, Rumah Sakit Pendidikan, dan Wahana Pendidikan Kedokteran;
   - menghormati hak dan menjaga keselamatan pasien; dan
   - membayar biaya pendidikan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
3. Ketentuan lebih lanjut mengenai hak dan kewajiban Mahasiswa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Menteri.

Materi di pasal dalam UU Pendidikan Kedokteran menunjukkan peran residen bukan hanya sebagai siswa, tetapi juga sebagai tenaga kesehatan yang berkontribusi pada layanan rumah sakit, namun UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran juga mengakui peran mereka sebagai tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan medis. Meskipun UU ini memberikan dasar hukum untuk status residen, realisasi di lapangan masih jauh dari ideal. Tantangan yang dihadapi oleh residen semakin kompleks ketika peran mereka dalam memberikan pelayanan medis tidak diimbangi dengan kebijakan remunerasi yang memadai. Di beberapa rumah sakit, seperti RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) dan RSUD Dr. Moewardi, upaya untuk memberikan insentif kepada residen pernah dilakukan, namun seringkali tidak konsisten dan dihentikan karena alasan regulasi atau keuangan rumah sakit. Di sisi lain, regulasi nasional, seperti Peraturan Pemerintah Nomor 93 tahun 2015, mengamanatkan pemberian insentif kepada residen, tetapi pelaksanaannya di

tingkat RS sering kali tidak optimal.

Pemberian hak insentif Residen, berlandaskan tentang waktu kerja pada UU Nomor 13 Tahun 2003 tentang ketenagakerjaan, yang mana residen dapat dikategorikan sebagai tenaga kerja karena secara *de facto* memberikan pelayanan medis di RS Pendidikan melebihi 40 jam per minggu. Selaras dengan pernyataan tersebut, Departemen Keuangan AS mengeluarkan aturan yang menyatakan bahwa layanan residen dengan jam kerja lebih dari 40 jam seminggu didefinisikan sebagai karyawan dan tidak lagi memenuhi syarat sebagai "pelajar" untuk tujuan pembebasan pajak *Federal Insurance Contributions Act* (FICA).[62]

Dalam skema university-based, residen dianggap sebagai pelajar yang harus menanggung biaya pendidikan, yang berujung pada situasi yang dilematis. Dalam konteks era JKN, di mana kebutuhan akan pelayanan spesialistik terus meningkat, posisi residen menjadi semakin penting, namun masalah status hukum dan hak-hak mereka sebagai pekerja masih menjadi persoalan yang belum terselesaikan secara tuntas. Peraturan turunan yang mengatur lebih detail tentang hak dan kewajiban residen, termasuk soal insentif dan perlindungan residen, belum sepenuhnya disusun dan diimplementasikan. Inilah yang membuat konsep *semi-hospital based*—dimana residen menjalani pendidikan di rumah sakit tetapi dengan status setengah pekerja—belum berjalan dengan baik. Implementasi yang masih setengah-setengah dan ketidakhadiran aturan turunan menghambat kemajuan lebih lanjut; mencerminkan tantangan dalam menyeimbangkan pendidikan dan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Pada masa mendatang, untuk menjawab kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks di era JKN, sangat diperlukan adanya reformasi dalam pendidikan residen. Pengakuan residen sebagai pekerja profesional—walau bersifat sementara dan berbasis kontrak—bisa menjadi solusi untuk memaksimalkan potensi mereka dalam mendukung sistem kesehatan nasional, sembari tetap mempertahankan aspek pendidikan yang penting. Melalui langkah-langkah strategis yang lebih jelas, perdebatan mengenai status residen mungkin bisa menemukan titik tengah: mereka tetap berstatus sebagai mahasiswa, namun dengan perlakuan layaknya pekerja profesional di RS, sesuai dengan kontribusi mereka yang signifikan dalam menjaga roda pelayanan kesehatan terus berputar.

6. Keruwetan Regulasi Tenaga Kesehatan

Pada periode 2009 hingga 2019, sektor kesehatan Indonesia menghadapi

62 "Medical Residents Are Employees, Not Students, for Federal Tax Purposes", *Holland & Knight*, edition 20 Januari 2011.

tantangan besar dalam hal regulasi tenaga kesehatan. Disrupsi JKN mengakibatkan banyaknya produk hukum. Dampaknya tidak hanya pada sektor pemerataan tenaga kesehatan dan pendidikan kedokteran, namun juga pada praktik tenaga kesehatan terutama Perawat dan Bidan. Sejumlah undang-undang yang diterbitkan selama periode ini menimbulkan polemik terkait dengan tumpang tindih aturan dan implementasi di lapangan. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi payung hukum utama, namun berbagai undang-undang turunan yang lahir setelahnya justru memicu kebingungan dan konflik, terutama di kalangan tenaga kesehatan.

Salah satu sumber utama konflik regulasi ini adalah terbitnya beberapa undang-undang turunan dari UU Kesehatan yang tidak harmonis dalam penerapannya. UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, serta UU Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan menjadi titik tolak permasalahan. Meskipun masing-masing UU bertujuan untuk mengatur bidang spesifik tenaga kesehatan, penerapannya justru menimbulkan tumpang tindih.

Keberadaan UU yang terpisah untuk profesi keperawatan dan kebidanan sebenarnya bisa dilihat sebagai upaya untuk memberikan perhatian khusus pada peran penting masing-masing profesi. Namun, kondisi ini justru menimbulkan ketidakjelasan dalam pembagian kewenangan dan menimbulkan konflik dengan UU Tenaga Kesehatan yang secara umum sudah mencakup seluruh jenis tenaga kesehatan. Tumpang tindih ini memperlihatkan bahwa regulasi kesehatan di Indonesia masih memerlukan harmonisasi yang lebih baik untuk mencegah kebingungan di lapangan.

Perubahan regulasi dalam praktik kesehatan di Indonesia telah memicu perdebatan dan ketegangan antar profesi kesehatan. UU Tenaga Kesehatan membatasi kewenangan dokter dalam beberapa tindakan medis, sementara UU Keperawatan dan UU Kebidanan memperluas kewenangan perawat dan bidan. Dokter merasa otoritas medis terganggu, dan mengkhawatirkan penurunan kualitas layanan kesehatan akibat perluasan kewenangan profesi lain yang dianggap kurang kompeten. Perawat kini dapat melakukan tindakan medis tertentu dan menulis resep obat terbatas, sedangkan bidan mendapat wewenang lebih luas dalam menangani persalinan normal. Tumpang tindih kewenangan juga terjadi pada tenaga kesehatan lainnya seperti ahli gizi dan fisioterapis, menimbulkan kebingungan dalam pelaksanaan tugas di lapangan. Situasi ini menciptakan ketegangan antar profesi kesehatan dan kekhawatiran akan risiko medis yang mungkin timbul, serta berpotensi menghambat optimalisasi pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Celah hukum dalam regulasi praktik kesehatan muncul akibat ketidakjelasan hierarki peraturan, tumpang tindih kewenangan antar profesi, dan standar kompetensi yang tidak seragam. UU Tenaga Kesehatan yang seharusnya menjadi payung hukum utama terdesak oleh UU spesifik untuk profesi tertentu, menciptakan kebingungan dalam implementasi. Konflik kewenangan antara dokter, perawat, dan bidan tidak hanya terjadi di level regulasi, tetapi juga mempengaruhi praktik kesehatan sehari-hari. Ketidaksamaan standar kompetensi dan mekanisme pengawasan yang tidak terpadu menambah kompleksitas permasalahan. Selain itu, perbedaan dalam proses registrasi dan perizinan antar profesi memperlambat sertifikasi dan penempatan tenaga kesehatan. Situasi ini menunjukkan urgensi harmonisasi regulasi untuk menciptakan kejelasan hukum, standarisasi kompetensi, dan sistem pengawasan yang efektif guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Periode 2009-2019 menandai era perubahan signifikan dalam regulasi tenaga kesehatan di Indonesia, terutama dalam konteks implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun sejumlah undang-undang baru diterbitkan untuk mengatur berbagai aspek tenaga kesehatan, termasuk pendidikan kedokteran, praktik keperawatan, dan kebidanan. Namun, proliferasi regulasi ini justru menimbulkan tantangan baru. Tumpang tindih kewenangan antar profesi kesehatan, ketidakharmonisan antar undang-undang, serta resistensi dari organisasi profesi menjadi hambatan serius dalam implementasi kebijakan yang efektif. Kompleksitas regulasi ini mencerminkan dinamika yang masih bermasalah dalam pengelolaan pendidikan kedokteran dan upaya pemerataan tenaga kesehatan di Indonesia.

Peran pemerintah dalam mengatur sektor kesehatan masih terbatas, terutama karena dominasi organisasi profesi, khususnya IDI, yang masih sangat luas dalam hal perizinan praktik dan pendidikan. Dominasi ini tidak hanya terbatas pada profesi dokter, tetapi juga meluas ke profesi tenaga kesehatan lain seperti bidan dan perawat. Situasi ini menciptakan ketegangan antar profesi dan menghambat upaya pemerintah untuk mengoptimalkan sistem kesehatan nasional. Ketidakmampuan pemerintah untuk sepenuhnya mengambil alih kendali atas regulasi praktik dan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa pendulum kebijakan kesehatan di Indonesia pada periode ini masih condong ke arah *self-regulation* profesi, meskipun ada upaya untuk memperkuat peran negara.

Tantangan-tantangan ini menggarisbawahi kebutuhan mendesak akan harmonisasi regulasi dan penguatan peran pemerintah dalam mengatur sektor kesehatan. Diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif dan inklusif untuk

menyeimbangkan kepentingan berbagai pemangku kepentingan, sambil tetap memprioritaskan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan pemerataan akses. Reformasi regulasi yang menyeluruh, dengan fokus pada kejelasan kewenangan, standardisasi kompetensi, dan sistem pengawasan yang efektif, menjadi kunci untuk mengatasi ketimpangan dalam distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan efektivitas sistem kesehatan nasional. Hanya dengan upaya bersama dari pemerintah, organisasi profesi, dan seluruh pemangku kepentingan, Indonesia dapat berharap untuk mencapai sistem kesehatan yang lebih adil, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Periode 2009 hingga 2019 merupakan fase penting dalam perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama setelah diberlakukannya dua undang-undang krusial yaitu UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Kedua undang-undang ini memperkuat dasar hukum untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di seluruh Indonesia serta memperkenalkan berbagai reformasi besar dalam sistem kesehatan.[63]

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dan pemerintah bertanggung jawab dalam pengaturan, pengawasan, serta pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan. Fasilitas kesehatan dibagi menjadi tiga tingkat yang melibatkan pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta, serta wajib mendukung penelitian dan pengembangan kesehatan. Undang-undang ini bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat.

UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur penyelenggaraan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan yang paripurna, mencakup layanan preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Undang-undang ini menetapkan persyaratan pendirian rumah sakit, seperti lokasi, bangunan, SDM, dan peralatan, yang dapat dikelola oleh pemerintah atau swasta. Rumah sakit wajib memberikan pelayanan yang aman, berkualitas, dan tanpa diskriminasi, termasuk menangani gawat darurat sesuai kemampuan. Pasien berhak atas pelayanan bermutu tanpa diskriminasi, termasuk dalam situasi darurat, tanpa penolakan atau permintaan uang muka.

Pada tahun 2011 ditetapkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mengatur pembentukan dan peran BPJS Kesehatan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),

63 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

termasuk kerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, sebagai penyedia layanan kesehatan.[64] BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk mengelola program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, bekerja sama dengan rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta, untuk menyediakan layanan kesehatan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat bagi peserta JKN. Undang-undang ini juga mengatur pembayaran klaim dari BPJS kepada rumah sakit atas layanan yang diberikan, serta pengawasan pemerintah terhadap pelaksanaan program jaminan sosial. Dengan adanya UU ini, diharapkan tercipta sistem jaminan kesehatan yang lebih terstruktur dan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Dalam era JKN, UU ini mendukung standar pelayanan dan akreditasi rumah sakit untuk menjamin mutu layanan yang adil bagi peserta BPJS Kesehatan. Namun, tantangan seperti perbedaan pelayanan antara pasien BPJS dan pasien umum serta penolakan layanan terhadap peserta BPJS masih menjadi isu yang perlu diselesaikan.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan prinsip otonomi daerah yang memberikan hak kepada pemerintah daerah untuk mengelola urusan pemerintahan, termasuk layanan kesehatan. Dalam konteks ini, kesehatan menjadi salah satu urusan pemerintahan wajib yang harus dikelola oleh pemerintah daerah. Dengan desentralisasi, daerah memiliki otonomi lebih besar untuk menyesuaikan kebijakan kesehatan dengan kebutuhan lokal, meningkatkan inovasi, dan daya saing dalam pelayanan kesehatan. Hal ini secara keseluruhan berkontribusi pada peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan di Indonesia.[65]

Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016, yang direvisi menjadi PP Nomor 72 Tahun 2018, mengubah struktur kelembagaan Rumah Sakit Daerah (RSD), menjadikannya bertanggung jawab kepada Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan. Perubahan ini mendorong era baru kemandirian rumah sakit dengan pola BLU/BLUD yang menyerupai pengelolaan rumah sakit swasta. Implementasi kebijakan ini tidak seragam di seluruh Indonesia karena perbedaan interpretasi dan kapasitas di berbagai daerah, menciptakan tantangan dalam konsistensi penerapannya. sehingga, berbagai daerah menyesuaikan peraturan ini dengan kondisi dan kapasitasnya masing-masing.

1. Perkembangan Rumah Sakit

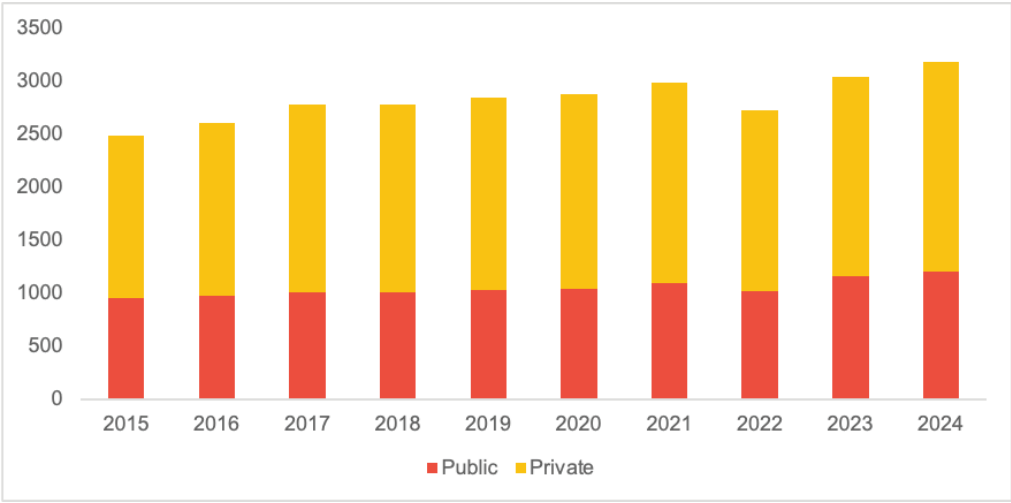
Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013, yang direvisi dengan No. 99 Tahun 2015, mengatur pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

64 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
65 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.

melalui kerja sama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Peraturan ini mewajibkan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan untuk bekerja sama dengan BPJS, dengan perjanjian antara pimpinan fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan. BPJS juga mempertimbangkan aksesibilitas, kapasitas fasilitas, dan kebutuhan peserta dalam kerja sama ini. Ketentuan ini membuka peluang bagi rumah sakit swasta untuk meningkatkan kualitas layanan dan memperluas jangkauan pasarnya melalui kolaborasi dengan BPJS Kesehatan.

Sebelum era JKN, banyak pasien yang tidak memiliki jaminan kesehatan mengalami kesulitan untuk mendapatkan perawatan medis, namun dengan adanya JKN, semua pasien tanpa memandang kondisi asuransi mereka, dijamin akan mendapatkan perawatan. Hal ini menjawab kekhawatiran rumah sakit terkait *bed occupancy* karena rumah sakit memiliki kepastian pendanaan untuk setiap pasien yang dirawat. Dengan demikian, JKN tidak hanya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga mengubah lanskap bisnis rumah sakit di Indonesia, yaitu menarik lebih banyak investasi dan memfasilitasi pertumbuhan rumah sakit swasta. Kondisi ini mendorong pertumbuhan rumah sakit, terutama jaringan rumah sakit swasta seperti Siloam dan Hermina, yang agresif dalam memperluas layanan mereka. Rumah sakit-rumah sakit ini beroperasi dengan model bisnis yang berfokus pada volume, di mana semakin banyak pasien yang dirawat, semakin besar pendapatan yang diperoleh. JKN telah menarik perhatian investor untuk mengembangkan rumah sakit, termasuk membeli rumah sakit yayasan non-profit yang mengalami kesulitan finansial dan mengalihkannya menjadi rumah sakit swasta for-profit. Fenomena ini juga terlihat di daerah-daerah seperti Kupang dan Papua yang sebelumnya memiliki sedikit fasilitas kesehatan swasta. Sejak era JKN, rumah sakit swasta mulai merekrut dokter secara langsung, bukan hanya tenaga medis yang juga berstatus sebagai aparatur sipil negara (ASN) di rumah sakit pemerintah. Ini menandakan bahwa daerah-daerah tersebut mulai menarik minat bagi pengusaha di sektor kesehatan, kemudian menciptakan perubahan signifikan dalam lanskap pelayanan kesehatan dan aksesibilitas bagi masyarakat.

Euforia JKN mendorong peningkatan kebutuhan layanan kesehatan di Indonesia dan menciptakan dorongan bagi sektor publik dan swasta untuk memperluas kapasitas pelayanan kesehatan guna memenuhi permintaan yang terus meningkat. Meskipun jumlah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah mengalami peningkatan, rumah sakit swasta tetap menjadi kontributor utama dalam pembangunan fasilitas kesehatan. Hal ini menggarisbawahi pentingnya kerja sama antara pemerintah dan sektor swasta untuk memperluas akses layanan kesehatan yang merata bagi masyarakat Indonesia.



Grafik 3.9: Perbandingan Pertumbuhan Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah (2015 - 2024). Sumber: Diolah berdasarkan data Rumah Sakit Online (2015 - 2024)

Grafik 3.9 menunjukkan pertumbuhan jumlah rumah sakit swasta dan pemerintah di Indonesia dari tahun 2015 hingga 2024. Secara keseluruhan, terjadi peningkatan jumlah rumah sakit selama periode ini, dengan rumah sakit swasta yang selalu mendominasi jumlah total. Setiap tahunnya, porsi rumah sakit swasta (warna kuning) terlihat lebih besar dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah (warna merah). Hal ini menunjukkan bahwa sektor swasta memiliki peran signifikan dalam penyediaan layanan kesehatan di Indonesia. Namun, pada tahun 2022 terdapat sedikit penurunan, terutama pada rumah sakit swasta, yang mungkin disebabkan oleh faktor eksternal seperti regulasi atau kondisi ekonomi. Setelah tahun 2022, jumlah rumah sakit kembali meningkat dan mencapai angka tertinggi pada tahun 2024, menunjukkan pemulihan serta peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan.

a. Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 mengatur klasifikasi dan perizinan rumah sakit di Indonesia menjadi Rumah Sakit Umum (Kelas A, B, C, D) dan Rumah Sakit Khusus (Kelas A, B, C) berdasarkan fasilitas, layanan, SDM, tempat tidur, dan peralatan. Kelas A memiliki persyaratan tertinggi, sementara Kelas D lebih terbatas, dan rumah sakit khusus fokus pada jenis penyakit tertentu. Setiap rumah sakit wajib memiliki izin dan akreditasi untuk menentukan kelasnya, dengan pengawasan oleh Menteri Kesehatan

dan pemerintah daerah. Rumah sakit yang tidak memenuhi kriteria dapat diturunkan statusnya, namun rumah sakit di daerah terpencil diberikan pengecualian khusus.

Pada periode ini, terdapat kendala terkait pengklasifikasian rumah sakit, di mana proses penetapan dan registrasi seringkali mengharuskan rumah sakit untuk mengurus beberapa tahap secara terpisah. Untuk mengatasi hal ini, upaya koordinasi dilakukan agar penetapan dan registrasi dapat diselesaikan secara bersamaan sehingga dapat menyederhanakan proses. Selain itu, dilakukan pendataan terhadap rumah sakit yang belum terdaftar dengan memberikan registrasi sementara. Inisiatif ini berujung pada peluncuran aplikasi Rumah Sakit Online yang memungkinkan pendataan secara *real time*, sehingga data rumah sakit dapat diakses dengan lebih cepat dan akurat.[66]

Klasifikasi dan perizinan rumah sakit di Indonesia selanjutnya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 30 Tahun 2019. Rumah sakit diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum dan Khusus, dengan Rumah Sakit Umum dibagi menjadi kelas A, B, C, dan D, sedangkan Rumah Sakit Khusus dibagi menjadi kelas A, B, dan C, berdasarkan kemampuan pelayanan medis, SDM, fasilitas, dan peralatan.[67] Perizinan rumah sakit mencakup Izin Mendirikan, yang diterbitkan melalui OSS setelah pemilik rumah sakit memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, SDM, dan peralatan; serta Izin Operasional, yang diberikan setelah Izin Mendirikan dan berlaku selama lima tahun. Setiap rumah sakit wajib terakreditasi dalam dua tahun setelah memperoleh Izin Operasional, dan perpanjangan izin harus diajukan enam bulan sebelum masa berlakunya habis.

b. Sistem Rujukan Berjenjang

Sistem rujukan berjenjang di Indonesia didesain untuk memastikan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medis mereka sambil menjaga efisiensi dan efektivitas sistem kesehatan secara keseluruhan. Kerangka hukum utama yang mengatur sistem ini tertuang dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1 Tahun 2012 yang menekankan pentingnya pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berjenjang, dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) hingga Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Secara teknis sistem rujukan berjenjang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 yang memberikan panduan untuk memastikan pelaksanaan Program JKN berlangsung secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel.

66 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro, Sp.P,MARS, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI Periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

67 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Peraturan ini memberikan arahan teknis mengenai pendaftaran peserta, manfaat yang diterima, serta prosedur pelayanan kesehatan, termasuk pedoman sistem rujukan berjenjang yang mengatur alur layanan dari FKTP ke FKRTL. Peraturan ini juga menetapkan prinsip kerja sama antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan untuk menjamin pelayanan optimal bagi peserta JKN, serta pengaturan pembiayaan dan pembayaran klaim.

Selanjutnya, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 memperjelas mekanisme rujukan, termasuk rujukan vertikal dan horizontal, serta prosedur rujukan balik dari fasilitas rujukan ke FKTP, sehingga sistem rujukan dalam JKN dapat berjalan secara terpadu dan berkesinambungan. Peraturan ini juga menetapkan batasan rujukan pasien di FKTP, yang tidak boleh melebihi 15% dari total kunjungan pasien BPJS setiap bulannya, untuk memastikan bahwa FKTP dapat menangani sebagian besar kasus kesehatan primer.

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pelayanan kesehatan bagi peserta JKN dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP tempat peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan darurat. Peserta di luar wilayah atau dalam kondisi darurat dapat mengakses FKTP lain hingga tiga kali kunjungan per bulan. Jika membutuhkan layanan lanjutan, FKTP wajib merujuk peserta ke FKRTL dengan durasi perawatan hingga tiga bulan, dan setelahnya FKRTL merujuk kembali ke FKTP asal, kecuali dalam kasus khusus yang diatur oleh Peraturan Menteri.[68] Kebijakan ini bertujuan untuk memastikan kontinuitas perawatan dan penggunaan sumber daya kesehatan yang efisien.

Berkaitan dengan sistem rujukan, pada periode ini telah dikembangkan SISRUTE (Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi), sebuah sistem rujukan digital yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Sistem ini telah diimplementasikan di berbagai fasilitas kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi antara faskes pengirim dan faskes penerima rujukan sehingga mempercepat proses rujukan dan meningkatkan kualitas layanan. Namun, implementasi ini menghadapi sejumlah tantangan karena banyak fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil, belum memiliki kapasitas memadai. Keterbatasan infrastruktur di wilayah terpencil juga menghambat penerapan sistem online.[69]

Selain itu, ketidakseimbangan antara jumlah pasien dan kapasitas layanan menyebabkan kelebihan beban pada fasilitas kesehatan di beberapa daerah. Faktor geografis Indonesia sebagai negara kepulauan menyulitkan akses ke

68 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

69 Marina Ery Setiawati dan Rahmah Hida Nurrizka, "Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional", *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, Vol. 08, No. 01 Maret 2019, hlm. 35-40.

fasilitas kesehatan lanjutan di wilayah-wilayah tertentu. Distribusi tenaga medis yang tidak merata, terutama spesialis di daerah terpencil, serta keterbatasan pemahaman masyarakat mengenai sistem rujukan berjenjang turut menjadi hambatan dalam penerapan sistem ini. Pemerintah kemudian menginisiasi kebijakan "Satu Kabupaten/Kota, Satu Rumah Sakit" yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan kesehatan di setiap kabupaten/kota, serta memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah tertinggal. Namun, implementasi kebijakan ini masih menghadapi tantangan, termasuk keterbatasan anggaran, infrastruktur, dan SDM, serta kurangnya pemahaman masyarakat mengenai sistem rujukan berjenjang.

Kebijakan "*1 Kabupaten 1 Rumah Sakit*" (2009–2019) merupakan upaya pemerintah Indonesia untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama di daerah terpencil, sejalan dengan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Kebijakan ini mendorong pembangunan rumah sakit umum di setiap kabupaten, seperti RS Pratama di Kabupaten Kapuas dan RS Tipe B di Kabupaten Seruyan, guna memenuhi kebutuhan pelayanan dasar dan rujukan. Meski berhasil meningkatkan jumlah rumah sakit dengan dukungan anggaran pusat dan daerah, implementasinya menghadapi tantangan, seperti keterbatasan anggaran, kekurangan tenaga medis berkualitas, dan fasilitas yang belum sesuai standar. Rasio tempat tidur nasional telah mencapai 1,4 per 1.000 penduduk, melebihi standar WHO, namun distribusi belum merata, dengan 13 provinsi masih di bawah standar nasional.

c. Penanaman Modal Asing

Tahun 2016 menandai perubahan penting dengan diundangkannya Peraturan Presiden Nomor 44 Tahun 2016 yang menetapkan bahwa investor asing di sektor rumah sakit dapat memiliki hingga 67% kepemilikan, dan bagi investor dari negara-negara ASEAN, kepemilikan dapat mencapai 75%. Hal ini dilakukan sebagai bagian dari komitmen Indonesia untuk meningkatkan integrasi ekonomi di kawasan Asia Tenggara. Dalam kebijakan ini, ada batasan kepemilikan asing yang dimaksudkan untuk menjaga kontrol domestik atas sektor kesehatan yang dipandang sebagai sektor strategis.[70]

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 memberikan penguatan regulasi terhadap penanaman modal asing di sektor pelayanan kesehatan.

70 Peraturan Presiden Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Badan Usaha yang Terbuka dengan Persyaratan di Bidang Penanaman Modal.

Peraturan ini mengatur tentang izin mendirikan dan izin operasional untuk Rumah Sakit, terutama yang melibatkan penanaman modal asing (PMA). Rumah Sakit swasta yang didirikan melalui PMA minimal memiliki 200 tempat tidur dan mengikuti ketentuan perundang-undangan. Rumah Sakit dengan PMA dapat berupa Rumah Sakit umum atau khusus kelas A dan B dan diizinkan mengembangkan pelayanan medik spesialistik serta subspesialistik, termasuk melalui kemitraan dengan penanam modal asing dalam bentuk klinik utama. Klinik utama ini didirikan di area Rumah Sakit kelas A dan B dan harus terintegrasi dengan pelayanan Rumah Sakit, serta memerlukan izin operasional. Ketentuan lebih lanjut terkait penyelenggaraan klinik utama PMA diatur dalam Peraturan Menteri.[71]

Sejak pemerintahan Presiden Joko Widodo, reformasi dalam bidang ekonomi dilakukan besar-besaran. Salah satu upaya yang dilakukan adalah transformasi kebijakan investasi dengan tujuan menciptakan iklim investasi yang lebih menarik dan kompetitif. Salah satu langkah signifikan adalah penerbitan Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2021 tentang Bidang Usaha Penanaman Modal yang secara mendasar mengubah pendekatan pemerintah dari "Daftar Negatif Investasi" (DNI) menjadi "Daftar Positif Investasi" (DPI). Berdasarkan Perpres No. 10 tahun 2021, rumah sakit yang sebelumnya terbatas kepemilikan asingnya, kini dimasukkan dalam kategori bidang usaha yang terbuka sepenuhnya untuk investasi asing tanpa adanya batasan kepemilikan. Ini berarti, investor asing kini dapat memiliki hingga 100% saham di rumah sakit yang beroperasi di Indonesia. Pembukaan sektor ini dilakukan dengan harapan dapat meningkatkan jumlah investasi asing, yang nantinya dapat digunakan untuk membangun infrastruktur kesehatan yang lebih baik dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.[72]

Pada tahun yang sama, terbit pula Peraturan Presiden Nomor 49 Tahun 2021 sebagai penegasan bahwa semua bidang usaha yang bersifat komersial terbuka bagi kegiatan penanaman modal, kecuali yang dinyatakan tertutup atau hanya dapat dilakukan oleh pemerintah pusat. Rumah sakit termasuk dalam daftar bidang usaha yang tidak tertutup, yang menandakan keterbukaan penuh sektor ini terhadap investasi asing.[73] Dengan dibukanya sektor rumah sakit untuk kepemilikan asing secara penuh, pemerintah Indonesia berharap adanya peningkatan infrastruktur kesehatan, teknologi medis yang lebih canggih, serta peningkatan kompetensi tenaga medis melalui alih teknologi dan pengetahuan

71 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
72 Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Bidang Usaha Penanaman Modal.
73 Peraturan Presiden Nomor 49 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Bidang Usaha Penanaman Modal

dari investor asing. Hal ini juga diharapkan mampu meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan di seluruh pelosok Indonesia.

d. Pengembangan Infrastruktur dan Sumber Daya

Pada tahun 2009, dikeluarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang menegaskan tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau bagi masyarakat. Seiring dengan pelaksanaan JKN dan tuntutan kedua UU tersebut, pemerintah berupaya memperbaiki infrastruktur kesehatan, khususnya di daerah terpencil. Banyak rumah sakit dan pusat kesehatan baru yang dibangun untuk mendukung implementasi program JKN. Program JKN memberikan akses yang lebih luas ke layanan kesehatan, dengan cakupan hampir seluruh masyarakat Indonesia pada tahun 2019, sejalan dengan mandat UU Kesehatan yang mewajibkan negara untuk menyediakan akses layanan kesehatan bagi seluruh rakyatnya.

Pada periode 2014-2021, ketersediaan FKRTL/RS dan dokter mengalami peningkatan secara nasional, terutama di wilayah regional 1, 2, dan 3. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atau rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan juga meningkat. Namun, pemerataan fasilitas kesehatan dan tenaga medis masih menjadi masalah, terutama di daerah sulit seperti Papua, Papua Barat, Maluku, NTB, NTT, dan Kalimantan Utara, serta di wilayah regional 4 dan 5 yang jumlahnya masih sangat terbatas. Provinsi seperti Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, DKI Jakarta, dan Sumatera Utara memiliki jumlah FKRTL/RS yang lebih banyak, tetapi disparitas antar wilayah dalam satu provinsi masih terlihat, contohnya di Jawa Barat dan Sumatera Utara, di mana fasilitas kesehatan masih terpusat di kota besar.[74]

Selain itu, indikator JKN yang ada saat ini hanya mengacu pada cakupan peserta tanpa mempertimbangkan pemerataan akses dan mutu pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan penyesuaian indikator RPJMN yang lebih memperhatikan aspek pemerataan dan kualitas layanan kesehatan, terutama untuk penyakit katastropik seperti jantung dan diabetes, dengan mengukur pelayanan dan biaya klaim berdasarkan domisili pasien.

e. Rumah Sakit Pendidikan

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit memberikan landasan hukum bagi penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia, dengan tujuan

74 Laksono Trisnantoro, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit* (Yogyakarta: Gama Press, 2016).

meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, mempermudah akses masyarakat, serta mengatur hak dan kewajiban terkait pelayanan kesehatan. Dalam konteks rumah sakit pendidikan, Undang-Undang ini menekankan pentingnya peran rumah sakit tidak hanya sebagai penyedia layanan kesehatan tetapi juga sebagai institusi pendidikan dan penelitian. Rumah sakit pendidikan berperan dalam menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 5. Sejak diberlakukannya undang-undang ini, terjadi peningkatan jumlah rumah sakit yang berfungsi sebagai institusi pendidikan, meskipun tantangan dalam hal pengakuan dan akreditasi masih ada.

Rumah sakit pendidikan di Indonesia seharusnya menjadi pusat keunggulan (*center of excellence*/COE) dalam pelayanan kesehatan, pendidikan kedokteran, dan penelitian. Namun, realitanya masih jauh dari harapan tersebut. Meskipun telah ada upaya integrasi antara pelayanan kesehatan dan pendidikan, seperti yang dilakukan oleh Universitas Indonesia sejak 2010, kualitas layanan rumah sakit pendidikan secara keseluruhan masih belum optimal.[75] Salah satu indikator kegagalan rumah sakit pendidikan sebagai COE adalah tingginya minat warga Indonesia untuk berobat ke luar negeri. Sekitar 600.000 hingga 1 juta warga Indonesia masih memilih rumah sakit luar negeri untuk berobat yang berakibat kerugian devisa negara hingga Rp 161 triliun.[76] Fenomena ini menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia masih kurang percaya terhadap kualitas pelayanan kesehatan dalam negeri, terutama rumah sakit pendidikan.

Rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit pendidikan dapat dikaitkan dengan beberapa faktor. Pertama, kurangnya penelitian dan pengembangan teknologi di rumah sakit pendidikan. Seharusnya, rumah sakit pendidikan menjadi garda terdepan dalam inovasi medis dan teknologi kesehatan. Namun, kenyataannya, banyak rumah sakit pendidikan belum mampu menghasilkan terobosan-terobosan signifikan dalam bidang kesehatan. Kedua, kualitas pelayanan yang masih belum memenuhi standar. Beberapa keluhan pasien terhadap rumah sakit pendidikan meliputi ketidaksesuaian jadwal kunjungan dokter, sarana/prasarana yang kurang lengkap, dan kurangnya kepercayaan terhadap kualitas dokter dan obat.[77] Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit pendidikan belum mampu memberikan pelayanan prima yang seharusnya menjadi ciri khas mereka. Ketiga, kurangnya tenaga kesehatan,

75 Diakses : https://www.ui.ac.id/integrasi-pelayanan-kesehatan-dan-pendidikan-lewat-academic-based-health-system/

76 Diakses melalui https://www.cnbcindonesia.com/news/20220810102931-8-362551/ramai-berobat-ke-luar-negeri-mutu-layanan-rs-jadi-masalah.

77 Vivi Manisha. "Kualitas Pelayanan di RS Pendidikan Univ Tanjungpura di Kota Pontianak", *PublikA: Jurnal Administrasi Negara*, Vol. 5, No. 3, Edisi September 2016.

terutama dokter spesialis. Masih banyak rumah sakit pendidikan yang kekurangan tenaga medis, baik dari segi jumlah maupun keahlian. Kondisi ini tentunya berdampak pada kualitas pelayanan dan kemampuan rumah sakit pendidikan dalam melakukan penelitian dan pengembangan.

Meskipun Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 telah memberikan landasan hukum bagi pengembangan rumah sakit pendidikan, implementasinya masih jauh dari ideal. Penegasan peran RS Pendidikan kemudian diatur di PP Nomor 93 Tahun 2015 yang memperjelas kriteria, persyaratan, dan tata kelola rumah sakit pendidikan, termasuk pentingnya integrasi pembelajaran klinis dengan pelayanan kedokteran. Kebijakan ini menunjukkan bahwa pemerintah berupaya meningkatkan kualitas pendidikan kedokteran dengan mengembangkan teknologi kedokteran di RS pendidikan; yang memberikan output pada kualitas SDM dan mutu layanan yang mampu bersaing secara global.

f. Pengelolaan Rumah Sakit Swasta

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjadi landasan hukum yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit yang menegaskan bahwa rumah sakit, baik negeri maupun swasta, memiliki tanggung jawab yang sama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, termasuk memenuhi standar akreditasi dan perizinan yang ditetapkan oleh pemerintah. Pengawasan terhadap rumah sakit swasta diperketat melalui regulasi ini, memastikan bahwa standar pelayanan dan infrastruktur rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang diatur.

Peluncuran JKN pada tahun 2014, yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, membawa perubahan besar dalam pengelolaan rumah sakit swasta. Rumah sakit swasta mulai berpartisipasi dalam skema JKN, memberikan layanan kepada peserta JKN sesuai standar yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Rumah sakit swasta juga harus menyesuaikan layanan mereka dengan sistem tarif INA-CBGs yang berlaku di bawah JKN, yang berpengaruh pada struktur biaya dan tarif layanan mereka. Selama periode ini, investasi di sektor kesehatan meningkat pesat, dengan investor asing dan lokal yang tertarik mengembangkan rumah sakit swasta, seiring dengan pertumbuhan ekonomi yang stabil dan peningkatan kelas menengah. Permintaan akan layanan kesehatan swasta yang lebih modern dan berkualitas tinggi pun semakin meningkat.

Kebijakan terkait akreditasi rumah sakit menjadi fokus utama dalam pengelolaan rumah sakit swasta. Akreditasi menjadi syarat utama bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan. Komisi Akreditasi Rumah

Sakit (KARS) berperan penting dalam mengevaluasi dan mengakreditasi rumah sakit, memastikan bahwa standar nasional pelayanan kesehatan diterapkan di seluruh fasilitas. Namun, meski perkembangan rumah sakit swasta berjalan pesat, berbagai tantangan tetap ada, termasuk keterbatasan tenaga medis yang kompeten dan penyesuaian terhadap sistem tarif JKN yang lebih rendah dibandingkan tarif layanan swasta.

Di tengah persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit swasta, mereka dituntut untuk terus berinovasi dalam layanan dan manajemen operasional. Untuk menekan biaya dan memastikan efisiensi layanan, pemerintah mendorong penerapan standar pelayanan yang lebih ketat. Regulasi ini mengatur pembatasan biaya operasional dan memperketat prosedur perizinan serta akreditasi rumah sakit. Transparansi dalam hal tarif dan jenis pelayanan menjadi tuntutan bagi rumah sakit swasta untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat dan menjamin layanan yang berkualitas.

2. Kebijakan Mutu

Pasal 14 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan, *"Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat".* Lebih lanjut, pasal 55 mengamanahkan bahwa pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan. Sebagai upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maka pada proses restrukturisasi organisasi di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dibentuklah Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Dengan adanya direktorat ini, dibentuk pula bidang mutu dan akreditasi pada dinas kesehatan di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. Hal ini mendorong upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di daerah.

Dalam hal Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan, pada Lampiran B UU ini menyebutkan bahwa Pemerintah Pusat adalah penyelenggara akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta. Selain itu, disebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pasal 18 menjelaskan bahwa Standar Pelayanan Minimal ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan diatur dengan peraturan pemerintah. Peraturan Pemerintah turunan dari UU ini adalah Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

Di bidang kesehatan, peraturan turunan dari PP ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. SPM ditetapkan oleh pemerintah pusat dan diharapkan menjadi alat untuk memperkuat sistem kesehatan dengan 12 SPM yang mencakup berbagai program kesehatan. Pemerintah pusat memiliki tugas dalam perencanaan strategis, memberikan dana, serta melakukan pembinaan dan evaluasi, sementara implementasi SPM menjadi tanggung jawab kabupaten/kota. Sementara, apabila kabupaten/kota tidak mampu memenuhi SPM, mereka dapat meminta bantuan provinsi atau pusat, sebagai bagian dari kebijakan afirmatif untuk membantu daerah yang kurang mampu.

a. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 mengatur tentang keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Peraturan ini mencabut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang merupakan peraturan turunan dari Pasal 53 Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dalam peraturan ini ditetapkan tentang pembentukan Komite Nasional Keselamatan Pasien untuk memberikan masukan kebijakan dan menyelenggarakan program keselamatan pasien, kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerapkan standar keselamatan pasien, melakukan identifikasi risiko untuk mencegah insiden, hingga melakukan langkah-langkah penanganan insiden keselamatan pasien. Kebijakan ini menjadi acuan penting dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada dimensi aman (*safe*).

Upaya peningkatan mutu melalui pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Peraturan ini berlaku sejak 19 Juni 2017 dan mencabut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya. Sementara itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 mengatur tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di fasilitas pelayanan kesehatan yang dibuat dengan pertimbangan risiko keselamatan dan

kesehatan pekerja, pasien, pendamping pasien, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Kebijakan ini mengatur segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan agar sehat, selamat, dan bebas dari gangguan kesehatan dan pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan, lingkungan, dan aktivitas kerja.

b. Dinamika Mutu Pelayanan Kesehatan

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada era JKN, terdapat berbagai isu mutu pelayanan kesehatan yang terkait dimensi *equitable, efficient,* dan *effective.* Kesenjangan dalam penyediaan pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia terlihat pada berbagai daerah yang tidak bisa mengakses layanan kesehatan sesuai paket manfaat yang dijanjikan dalam JKN karena keterbatasan atau bahkan ketiadaan fasilitas yang diperlukan. Dalam kerangka JKN, pemerintah menggelontorkan anggaran untuk pembiayaan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. BPJS dalam skema nasional berperan tidak hanya sebagai *payor*, tetapi juga harus memastikan bahwa uang yang dibayarkan kepada pemberi layanan kesehatan benar-benar digunakan secara optimal untuk pelayanan yang berkualitas.

Pemanfaatan sumber daya finansial secara efisien perlu dievaluasi jika menilik data tentang pemberian layanan kesehatan seperti *sectio caesaria*, pemasangan stent jantung, atau operasi katarak yang tepat sasaran. Jika terjadi *abuse* atau *overuse* yang tidak sesuai dengan kebutuhan, hal ini dapat berujung pada berbagai masalah sustainabilitas finansial JKN. Upaya untuk memastikan pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui optimalisasi sumber daya yang ada dapat dilakukan dengan pengembangan *clinical pathway* yang dikaitkan dengan pembayaran JKN dengan menetapkan "*tracer*" berupa titik-titik pelayanan yang harus dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan sebelum menerima pembayaran dari BPJS.[78] Hal ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam kerangka efisiensi maupun efektivitas. Sementara dalam hal efektivitas cakupan (*effective coverage*), penelitian tahun 2019[79] menyatakan bahwa perlu dilakukan pemeriksaan terhadap tingkat cakupan data masyarakat berpendapatan rendah yang iurannya ditanggung pemerintah untuk

78 Wawancara dengan Pandu Harimukti, MPPM, Senior Health Specialist World Bank Office, pada 17 Juli 2024.

79 Rosyidah, R., Daly, G., Mukti, A. G., & Coufopoulus, A. (2020). *Developing Indonesia's Universal Health Coverage System*. Abstract from 20th International Conference of Public Health Sciences, Bangkok, Thailand.

memastikan tercapainya cakupan yang efektif.

Aspek mutu pelayanan kesehatan dalam kaitannya dengan JKN salah satunya terkait dengan *fraud*. Pengertian *fraud* dalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta JKN, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam SJSN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan..[80] *Fraud* merupakan perbuatan yang mengandung unsur: (a) kesengajaan, (b) mencurangi pihak lain, dan (c) menyebabkan pihak lain menderita kerugian. Selain menyebabkan kerugian finansial, *fraud* juga berdampak pada mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional ditetapkan sebagai kebijakan nasional pencegahan *fraud* untuk memastikan program JKN dalam SJSN dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Peraturan ini kemudian dicabut dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan berdasarkan amanat Pasal 95 Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 tahun 2019 mengamanatkan pembentukan tim pencegahan *fraud* di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan pusat, yang bertugas menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya, meningkatkan budaya pencegahan *fraud*, mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik, melakukan upaya deteksi dan penyelesaian *fraud*, monitoring dan evaluasi, serta pelaporan. Dalam peraturan ini juga ditetapkan bahwa Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi berupa teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau perintah pengembalian kerugian akibat tindakan *fraud* kepada pihak yang dirugikan beserta sanksi tambahan berupa denda dan pencabutan izin dengan mempertimbangkan kategori berat ringannya *fraud*. Akan tetapi, meski setelah berlakunya peraturan ini, kasus *fraud* masih terjadi di Indonesia. Oleh karena itu, dalam rangka upaya anti-*fraud* yang lebih adekuat, diperlukan regulasi yang lebih kuat yaitu setingkat undang-undang. Di samping itu, diperlukan keterampilan untuk mendeteksi *fraud* dengan dukungan

80 Pasal 1 dan 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

instrumen, data, dan sistem informasi yang adekuat.

Untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, dan aman, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009[81] dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 mengatur pembentukan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) di tingkat nasional dan provinsi.[82] BPRS bertugas melakukan penyusunan pedoman pengawasan, pembentukan sistem pelaporan dan informasi terintegrasi, serta analisis hasil pengawasan untuk memberikan rekomendasi kepada pemerintah. Struktur BPRS yang terdiri dari berbagai unsur pemangku kepentingan diharapkan dapat menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik, dengan jangkauan luas, mutu layanan yang terus meningkat, dan keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Dengan adanya struktur pengawasan berjenjang ini, diharapkan dapat tercipta sinergi antara upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, pencegahan *fraud*, dan pengawasan yang efektif terhadap rumah sakit. Namun, tantangan tetap ada dalam implementasi dan penegakan regulasi yang ada, serta dalam upaya menjembatani kesenjangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia.

3. Kebijakan terkait Akreditasi Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya

a. Standarisasi dan Akreditasi Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur penyelenggaraan Rumah Sakit dengan tujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; dan meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Dalam pasal 29 UU ini menyebutkan beberapa dimensi mutu yang menjadi kewajiban RS, antara lain aman, efektif, dan anti diskriminatif (*equitable*). Rumah sakit dituntut untuk memenuhi standar tertentu, baik dari segi pelayanan medis, fasilitas, maupun SDM untuk meningkatkan profesionalisme dan keamanan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. UU ini juga menyebutkan mengenai peran Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, serta Dewan Pengawas RS dalam fungsi pembinaan dan pengawasan terkait peningkatan mutu, kendali mutu dan kendali biaya.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, dalam pasal 40 disebutkan bahwa Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali oleh suatu lembaga independen yang ditetapkan oleh Menteri,

81 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
82 Peraturan Pemerintah 49 Tahun 2013 Tentang Badan Pengawas Rumah Sakit.

> *"JCI itu Joint Commission International yang merupakan standar internasional. Setelah dihubungi ternyata mudah sekali, mereka sangat welcome dan mereka katakan boleh kita adopt, bahkan dimodifikasi sesuai dengan program nasional, syaratnya cuma satu, terjemahkanlah standar kami dalam bahasa Indonesia, jadi bukan terjemahkan dalam bahasa Inggris, dalam bahasa Indonesia, setelah itu kirim ke kami"* (Dr. dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS Sekretaris Jenderal Kemenkes RI Tahun 2012 - 2014)

baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Ketentuan pasal 40 UU ini diterjemahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa akreditasi Rumah Sakit merupakan pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan.

Pada tahun 2012, standar internasional mulai diadopsi meskipun penerapannya masih bertahap. Upaya ini dilakukan dengan membentuk tim yang beranggotakan para profesional dari sektor swasta yang telah berpengalaman dan terakreditasi. Untuk mendukung proses adopsi, permohonan diajukan kepada *Joint Commission International* (JCI) agar standar mereka dapat diterapkan secara bertahap sebagai standar nasional sebelum menuju akreditasi penuh JCI. JCI memberikan tanggapan yang positif dengan mengizinkan adopsi standar mereka, termasuk penyesuaian sesuai kebutuhan nasional, asalkan standar tersebut diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan diserahkan kembali kepada mereka untuk ditinjau.[83]

Pada saat itu, rumah sakit swasta umumnya mengikuti standar akreditasi internasional, sementara rumah sakit pemerintah mengikuti standar akreditasi nasional. Adanya standar akreditasi rumah sakit nasional dan internasional memerlukan harmonisasi antar keduanya sehingga diharapkan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia dapat setara, bersaing, dan diakui secara global. Ini menunjukkan kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit nasional.[84]

83 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro Sp.P, MARS Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

84 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro Sp.P, MARS Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

Pada tahun 2017 terdapat perubahan regulasi melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa akreditasi dilakukan oleh rumah sakit paling lama setelah setelah beroperasi 2 tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri dan telah terakreditasi oleh lembaga *International Society for Quality in Health Care* (ISQua). Salah satu tujuan akreditasi menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2017 adalah bagaimana meningkatkan profesionalisme rumah sakit Indonesia di mata internasional. Selain akreditasi, UU No 44 Tahun 2009 menetapkan bahwa penjaminan mutu dalam penyelenggaraan rumah sakit dilakukan melalui upaya memastikan kesesuaian perizinan rumah sakit dan audit medis.

b. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri

Peraturan Menteri Kesehatan 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri dr/drg ditetapkan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 39 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar secara berkesinambungan. Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi yang bertujuan untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Puskesmas dan Klinik Pratama wajib terakreditasi setiap 3 (tiga) tahun, sementara tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi setiap 5 (lima) tahun. Regulasi ini juga menyebutkan peran Pemerintah Daerah yang wajib mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Lebih lanjut, dalam lampiran dijelaskan mengenai standar akreditasi bagi masing-masing Fasilitas kesehatan yang dimaksud. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat kemudian dicabut dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, yang menyebutkan dalam Pasal 57 (1) bahwa Puskesmas wajib dilakukan akreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

Peraturan Menteri Kesehatan 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan

pada Jaminan Kesehatan Nasional, yang diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015, Peraturan Menteri Kesehatan No. 23 Tahun 2017, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 Tahun 2018, merupakan turunan dari Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang merupakan amanat dari ketentuan Pasal 13 ayat (2), Pasal 21 ayat (4), Pasal 22 ayat (3), Pasal 23 ayat (5), Pasal 26, Pasal 27 ayat (5), dan Pasal 28 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan ketentuan Pasal 15 ayat (3) dan Pasal 19 ayat (5) huruf a Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Regulasi ini menekankan bahwa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kesehatan pada program JKN harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan dan harus telah terakreditasi.

4. Penguatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Fasilitas ini dikelompokkan ke dalam tiga tingkatan: tingkat pertama, kedua, dan ketiga. Dalam upaya memperkuat layanan primer seperti Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memegang peran utama dan dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, serta pihak swasta. Pemerintah menetapkan persyaratan bagi fasilitas ini sesuai ketentuan yang berlaku, sementara izin pengelolaan diberikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah.[85]

Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 mengatur bahwa Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berfokus dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan dengan memprioritaskan upaya promotif dan preventif guna mencapai derajat kesehatan optimal di wilayahnya.[86] Pembangunan kesehatan di Puskesmas bertujuan untuk menciptakan masyarakat yang memiliki perilaku sehat, akses ke pelayanan kesehatan berkualitas, lingkungan yang sehat, dan derajat kesehatan yang optimal. Puskesmas beroperasi dengan prinsip-prinsip seperti paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan akses, penggunaan teknologi tepat guna, serta keterpaduan dan kesinambungan layanan. Selain itu, Puskesmas bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendorong kemandirian hidup sehat, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang adil dan terjangkau, serta

85 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
86 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

mengkoordinasikan program lintas sektor dan lintas program yang didukung dengan sistem rujukan dan manajemen yang baik.

Pada tahun 2014, Presiden Jokowi memperkenalkan visi *"NawaCita"* yang di dalamnya terkandung upaya untuk mengembalikan paradigma sehat di Indonesia. Paradigma sehat ini menekankan pentingnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan sebagai fokus utama, tanpa meninggalkan upaya pengobatan. Dalam implementasi program ini, peluncuran JKN dan BPJS Kesehatan menjadi bagian kunci dalam memastikan akses layanan kesehatan yang merata di seluruh lapisan masyarakat.[87]

Puskesmas, sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer, memainkan peran penting dalam sistem rujukan. Puskesmas bertindak sebagai "penjaga gawang" untuk menentukan pasien yang membutuhkan rujukan ke fasilitas yang lebih lanjut. Melalui skema ini, pengelolaan anggaran dan biaya juga diatur secara terpusat melalui JKN, yang menjadi tulang punggung pembiayaan kesehatan masyarakat. Sistem ini, yang baru mulai berjalan pada 2014, bertujuan untuk memperkuat peranan pelayanan kesehatan primer dan memastikan bahwa anggaran kesehatan dapat dikelola secara efisien dalam mendukung pencapaian paradigma sehat. Namun, tantangan masih muncul, terutama terkait dengan penyempurnaan sistem rujukan dan pengintegrasian penuh paradigma sehat di seluruh daerah.[88]

Sebagai turunan dari UU No. 36 Tahun 2009, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mengatur jenis-jenis fasilitas kesehatan berdasarkan tingkatan layanan untuk memastikan akses kesehatan yang merata dan bermutu di Indonesia. Salah satu poin yang menjadi fokus pada PP ini adalah peran fasilitas kesehatan tingkat pertama, terutama puskesmas, sebagai pusat pelayanan yang fokus pada upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.[89] Pada pasal 6 dan 7 pada bagian ketiga pada peraturan ini menegaskan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang menjamin ketersediaan dan keterjangkauan layanan kesehatan yang sesuai peraturan, sehingga dapat menguatkan pelayanan kesehatan primer melalui puskesmas sebagai garda depan dalam sistem kesehatan Indonesia.

Lebih lanjut, untuk memperkuat manajemen puskesmas, Kementerian

87 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI periode 2014 - 2019, pada 22 Agustus 2024.

88 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI periode 2014 - 2019, pada 22 Agustus 2024.

89 Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas bertujuan untuk memperkuat manajemen Puskesmas dengan memberi panduan bagi kepala, penanggung jawab kesehatan, dan staf Puskesmas dalam pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan upaya kesehatan secara optimal.[90] Pedoman ini juga berfungsi sebagai acuan bagi dinas kesehatan kabupaten/kota untuk melakukan pembinaan dan bimbingan teknis secara berjenjang. Dengan manajemen yang baik, Puskesmas diharapkan dapat mewujudkan peningkatan kualitas layanan dan pencapaian target kesehatan, seperti menurunkan angka kesakitan, kematian balita, masalah gizi buruk, dan angka kematian ibu. Pedoman ini mengarahkan Puskesmas dalam penyusunan rencana lima tahunan, pelaksanaan program kesehatan yang efisien, pengawasan dan penilaian kinerja, serta pengelolaan sumber daya secara efektif. Ruang lingkup manajemen meliputi perencanaan, penggerakan, pengawasan, dan dukungan dari dinas kesehatan setempat. Pembinaan dan pengawasan dari Kementerian Kesehatan hingga tingkat kabupaten/kota difokuskan untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas secara optimal.

Pada tahun 2019, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, yang mencabut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, yang mengatur penguatan fungsi Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memprioritaskan upaya promotif dan preventif untuk mencapai masyarakat yang sehat, mandiri, dan berkeadilan. Kebijakan ini mengharuskan setiap kecamatan wajib memiliki minimal satu Puskesmas yang bertugas menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) di wilayah kerjanya dengan memenuhi berbagai persyaratan seperti lokasi strategis, infrastruktur memadai, dan sumber daya yang sesuai untuk melayani kebutuhan kesehatan masyarakat setempat.[91]

Berbagai kebijakan yang diterbitkan pada tahun 2009-2019 menunjukkan komitmen kuat pemerintah Indonesia dalam memperkuat peran Puskesmas sebagai pusat layanan kesehatan primer, khususnya melalui upaya promotif dan preventif. Undang- Undang No. 36 Tahun 2009 dan turunannya, seperti Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 dan beberapa Peraturan Menteri Kesehatan, menetapkan dasar hukum dan panduan manajemen untuk memperbaiki kualitas dan akses pelayanan Puskesmas di seluruh Indonesia. Peluncuran JKN serta berbagai inovasi program kesehatan di tingkat lokal dan nasional mencerminkan upaya pemerintah dalam mewujudkan paradigma sehat yang berfokus pada

90 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
91 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

pencegahan dan promosi kesehatan yang merata dan terjangkau. Program-program ini juga menunjukkan pentingnya mendekatkan layanan kesehatan pada masyarakat yang memungkinkan pemantauan kesehatan berkelanjutan. Keseluruhan kebijakan ini bertujuan untuk membangun sistem kesehatan yang lebih berkelanjutan, dengan Puskesmas sebagai garda depan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mengurangi angka kematian dan kesakitan, serta mendorong kemandirian masyarakat dalam menjaga kesehatan.

5. Tantangan dan Upaya Optimalisasi Sistem Kapitasi BPJS dalam Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberikan landasan hukum yang kuat untuk implementasi sistem kapitasi di pelayanan kesehatan primer. Meskipun tidak secara eksplisit menyebutkan fasilitas kesehatan primer atau sistem kapitasi, UU No. 36 Tahun 2009 menetapkan tanggung jawab pemerintah dalam pembiayaan kesehatan masyarakat melalui SJSN.[92] UU No. 24 Tahun 2011 lebih lanjut mengatur pengelolaan Dana Jaminan Sosial oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta, termasuk melalui sistem kapitasi di FKTP. Sistem kapitasi, yang merupakan metode pembayaran di muka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa mempertimbangkan jenis dan jumlah pelayanan yang diberikan, menjadi bagian integral dari upaya pemerintah dalam menjamin pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan.[93] Sumber dana untuk sistem ini berasal dari APBN, APBD, dan kontribusi masyarakat, mencerminkan komitmen bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik Pemerintah Daerah mengatur tata kelola anggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima FKTP dari BPJS Kesehatan. Dana kapitasi yang diberikan BPJS setiap bulan disalurkan langsung kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN di FKTP. Peraturan ini juga mewajibkan FKTP untuk menyusun rencana anggaran penerimaan dan belanja dana kapitasi serta melaporkannya kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan, dengan pengawasan dilakukan berjenjang oleh Aparat Pengawasan Intern Pemerintah. Namun, pemerataan manfaat JKN masih menjadi

92 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
93 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

isu yang perlu diatasi. Pada FKTP, terutama yang dikelola Pemerintah Daerah, pengelolaan dana kapitasi menjadi kendala utama. Dana kapitasi JKN harus dikelola dengan efisien, dimana minimal 60% dari total penerimaan dana kapitasi JKN harus dimanfaatkan untuk jasa pelayanan kesehatan, dan sisanya untuk biaya operasional pelayanan kesehatan seperti obat-obatan, alat kesehatan, dan kebutuhan medis lainnya. Skema ini berpotensi meningkatkan penghargaan kepada tenaga kesehatan dan non kesehatan untuk mendorong peningkatan kualitas layanan.[94]

Tantangan dalam sistem kapitasi BPJS di Puskesmas tidak hanya terkait pembiayaan, tetapi juga distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Idealnya, setiap dokter atau tenaga kesehatan bertanggung jawab atas jumlah peserta BPJS yang terukur. Namun, realitanya banyak Puskesmas menghadapi ketimpangan dimana harus melayani jumlah peserta BPJS yang tidak sebanding dengan jumlah dokter tersedia, menyebabkan pengelolaan dana kapitasi menjadi kurang optimal. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan perhitungan dan perencanaan yang lebih terperinci dalam penempatan tenaga kesehatan. Selain itu, penggunaan sistem pencatatan kesehatan yang komprehensif dan terkomputerisasi juga diperlukan untuk memastikan data kesehatan pasien tersimpan dengan baik, sehingga pemantauan dan pelayanan kesehatan dapat dilakukan lebih efektif. Penyesuaian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan optimalisasi penggunaan dana kapitasi di Puskesmas.[95]

6. Penguatan Layanan Primer melalui penguatan Posyandu

Perkembangan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) di Indonesia menunjukkan peningkatan dalam hal kuantitas, dengan jumlah unit Posyandu mencapai 266.827 pada tahun 2009, namun secara kualitas, masih diperlukan berbagai kebijakan untuk mengatasi masalah seperti kelengkapan sarana dan keterampilan kader.[96] Kebijakan revitalisasi dan pengintegrasian Posyandu di Indonesia memegang peranan penting dalam upaya ini, terutama dalam konteks penanganan masalah kesehatan dan gizi.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Posyandu[97] berfokus pada

94 Diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20140818/4510575/menkes-ungkap-berbagai-tantangan-penyelenggaraan-jkn-di-fasilitas-kesehatan-2/

95 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K) Menteri Kesehatan RI periode 2014 - 2019 pada 22 Agustus 2024.

96 Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011) hlm 3.

97 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Program Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu.

pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan cakupan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Ini mencakup upaya untuk mengintegrasikan berbagai layanan kesehatan dan sosial yang dibutuhkan oleh masyarakat, termasuk perbaikan kesehatan dan gizi, pendidikan anak, serta kesejahteraan sosial.[98] Peraturan ini mendefinisikan Posyandu sebagai upaya kesehatan yang dikelola oleh masyarakat untuk memberikan kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, dengan fokus pada penurunan AKI dan AKB. Tujuan utama dari Posyandu adalah memberdayakan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan mengintegrasikan berbagai layanan sosial dasar.[99] Peraturan ini menekankan pentingnya kolaborasi antara pemerintah daerah, masyarakat, dan sektor terkait untuk memastikan efektivitas pelaksanaan Posyandu dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Berbagai inisiatif di tingkat daerah juga berkontribusi pada revitalisasi Posyandu. Upaya ini meliputi modernisasi fasilitas, peningkatan kapasitas kader Posyandu, dan penguatan peran pemerintah daerah dalam mendukung kegiatan Posyandu.[100] Pada era JKN, Posyandu berperan penting dalam memberikan layanan kesehatan dasar dan perbaikan gizi masyarakat, dengan upaya integrasi layanan Posyandu dan JKN, modernisasi Posyandu, serta penguatan peran pemerintah daerah dalam membina dan memfasilitasi kegiatan Posyandu.

Meskipun ada perkembangan positif dalam jumlah dan cakupan layanan Posyandu, masih ada tantangan yang perlu diatasi yaitu: (1) Kesenjangan Utilisasi JKN, yang menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi akses dan penggunaan layanan ini;[101] (2) Data yang komprehensif, yang menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan data yang lebih lengkap mengenai jumlah dan cakupan layanan Posyandu selama periode tersebut, serta untuk menganalisis implementasi kebijakan di tingkat daerah.[102]

98 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Program Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu.

99 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Program Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu.

100 "Posyandu Services for all Ages" edisi 4 November 2023, *kompas,id*, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/english/2023/11/03/en-posyandu-tidak-lagi-hanya-untuk-ibu-dan-anak

101 Septy Zahrawi Kirana dan Ascobat Gani, "Peran Posyandu Terpadu (Posyandu) dalam meningkatkan Kesehatan Ibu Hamil di Indonesia", *Health Policy and Administration Department Faculty of Public Health*, Universitas Indonesia.

102 Yuyun Fitriani, dkk. "The Role of Posyandu as a Basic Health Service and Community Empowerment in Jaya Asri Village/Peran Posyandu Sebagai Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di Desa Jaya Asri", *Batik: Jurnal Pengembangan dan Pengabdian Masyarakat Multikultural*, Vol. 1 Iss. 3 Desember 2023, hlm 139

7. Penguatan Layanan Kesehatan di Daerah Terpencil Melalui Program Nusantara Sehat dan Wajib Kerja Dokter Spesialis

Pada 3 Februari 2015, Kementerian Kesehatan memperkenalkan Program Nusantara Sehat (NS) sebagai prioritas utama untuk memperkuat layanan kesehatan primer berbasis tim di wilayah terpencil dengan pendekatan promotif dan preventif. Program ini dirancang untuk memberikan akses layanan kesehatan kepada masyarakat di daerah-daerah pelosok Nusantara, melalui penugasan tenaga profesional muda dari berbagai bidang kesehatan, termasuk dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, dan lainnya. Tim pertama Program NS mulai bertugas pada 29 April 2015 untuk masa penugasan dua tahun. Pada tahun 2015, program ini difokuskan pada Puskesmas di 48 kabupaten/kota yang berbatasan langsung dengan negara tetangga di 15 provinsi. Dukungan pemerintah daerah, termasuk jaminan keamanan, penyediaan fasilitas tempat tinggal, dan penerbitan Surat Izin Praktik (SIP), diharapkan dapat membantu kelancaran pelaksanaan program ini.[103]

Program Nusantara Sehat merupakan inisiatif pemerintah untuk mengatasi kekurangan tenaga kesehatan di daerah terpencil Indonesia. Program ini mengirimkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, bidan, dokter gigi, tenaga farmasi, dan tenaga kesehatan lingkungan, yang telah dilatih secara khusus untuk menghadapi tantangan di lapangan selama dua tahun penugasan, mulai dari infrastruktur yang minim hingga perbedaan budaya yang signifikan. Pengalaman mereka di daerah seperti Kalimantan dan Asmat menggambarkan kompleksitas tugas, termasuk medan yang sulit, keterbatasan akses, dan kebutuhan untuk beradaptasi dengan praktik kesehatan tradisional. Meskipun menghadapi kesulitan, banyak tenaga kesehatan melaporkan pengalaman yang memuaskan dan hubungan emosional yang kuat dengan masyarakat setempat. [104]

Dukungan pemerataan layanan kesehatan melalui pemerataan tenaga kesehatan ditandai oleh kehadiran Presiden Joko Widodo yang membuka Rakerkesnas 2017 dengan tema "Sinergi Pusat dan Daerah dalam Pelaksanaan Pendekatan Keluarga untuk Mewujudkan Indonesia Sehat". Rakerkesnas ini menandai peresmian Program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dengan penempatan 5 jenis dokter spesialis di RSUD pada wilayah prioritas sebagai bagian dari upaya mengatasi disparitas layanan spesialis.[105] Program WKDS

103 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20150326/1612023/program-nusantara-sehat-untuk-perkuat-pelayanan-kesehatan, pada 27 Oktober 2024.

104 *Ibid*.

105 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20170228/3219947/presiden-jokowi-saksikan-pencanangan-wajib-kerja-dokter-spesialis-dan-pembangunan-



Foto 3.2: Kementerian Kesehatan Meluncurkan Program Nusantara Sehat. Sumber: sehatnegeriku.kemkes.go.id, edisi 3 Februari 2015



Foto 3.3: Pencanangan Program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dalam Rakerkesnas. Sumber: sehatnegeriku.kemkes.go.id, edisi 28 Februari 2017

dilaksanakan dengan kolaborasi dukungan dari pemerintah pusat dan daerah untuk penyediaan insentif dan akomodasi. Inisiatif-inisiatif ini menekankan pentingnya akses kesehatan yang merata, termasuk pemeriksaan rutin dan edukasi kesehatan preventif, untuk memenuhi hak dasar masyarakat di seluruh pelosok negeri.[106]

8. Program Revitalisasi Puskesmas

Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia, beberapa langkah strategis telah diambil, terutama dalam pengembangan sistem rujukan

puskesmas-perbatasan/, pada 27 Oktober 2024

106 *Ibid*.

dan perbaikan fasilitas Puskesmas yang berfokus pada revitalisasi Puskesmas yang selama ini dianggap kurang memadai. Kondisi Puskesmas yang semakin menurun, bahkan sampai terabaikan, menjadi perhatian utama, terutama di daerah terpencil dan marginal. Perhatian yang lebih besar diberikan kepada wilayah perbatasan dan kawasan yang kurang terlayani.[107]

Pada 2017, sebanyak 124 Puskesmas telah dibangun di wilayah perbatasan sebagai bagian dari revitalisasi fasilitas kesehatan untuk mendukung pembangunan Indonesia dari pinggiran. Penetapan pembangunan 124 Puskesmas ini tercantum dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/367/2015 sebagai bagian dari program prioritas nasional 2015-2019 di daerah perbatasan. Kebijakan ini bertujuan untuk menjadikan wilayah perbatasan sebagai "beranda depan" Indonesia dengan layanan kesehatan yang lebih mudah diakses.[108] Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014, Puskesmas ditetapkan sebagai FKTP yang harus dapat diakses oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya. Dalam mendukung upaya ini, Kementerian Kesehatan melalui DAK afirmasi tahun 2017 telah mengalokasikan anggaran untuk memenuhi kebutuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan, serta menerbitkan pedoman pembangunan Puskesmas dengan tiga prototipe bangunan yang disesuaikan dengan kebutuhan setempat. [109]

9. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pada tahun 2009, pemerintah memperkuat landasan hukum pelayanan kesehatan gigi melalui Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang secara eksplisit mencakup pengaturan upaya kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan. Pasal 93 ayat 1 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan kesehatan gigi oleh Pemerintah baik di tingkat Pusat maupun daerah, dan/atau masyarakat yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan.[110] Selama periode ini, pemerintah juga mulai mengembangkan program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)[111]

107 *Ibid*.
108 *Ibid*.
109 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20171002/4123181/124-puskesmas-dibangun-perbatasan-untuk-jamin-akses-pelayanan-bermutu/, pada 27 Oktober 2024
110 Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Bagian Kedua Belas Kesehatan Gigi dan Mulut
111 Berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor: HK.02.04/II/963/2012, menerangkan bahwa Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) adalah upaya kesehatan masyarakat

yang terintegrasi dengan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) untuk menerapkan pendidikan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat, sehingga dapat dicapai derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal bagi peserta didik di sekolah. Hal ini tertuang dalam pokok program UKS/UKGS guna meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut di peserta didik di sekolah dasar (SD)/madrasah ibtidaiyah (MI) secara optimal. Inisiatif ini mencerminkan kesadaran akan pentingnya promosi kesehatan gigi sejak usia dini. Rangkaian kebijakan dan program yang diimplementasikan selama dekade 1999-2009 menunjukkan upaya sistematis pemerintah dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan gigi di Indonesia. Meskipun terdapat berbagai tantangan dalam implementasinya, periode tersebut telah meletakkan fondasi penting bagi perkembangan pelayanan kesehatan gigi pada masa selanjutnya.

Selama periode 2009-2019, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan serangkaian kebijakan penting yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan gigi di Indonesia. Langkah signifikan pertama diambil pada tahun 2015 dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 89 Tahun 2015 tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut.[112] Peraturan yang diterapkan 29 Desember 2015 ini menegaskan bahwa kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh secara keseluruhan, serta mengatur upaya kesehatan gigi dan mulut secara komprehensif. Berdasarkan peraturan ini, upaya kesehatan gigi dan mulut didefinisikan sebagai kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terintegrasi, terpadu, dan berkesinambungan untuk memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut. Kegiatan yang dirancang adalah kegiatan ajakan kepada masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat itu sendiri.

Bersamaan dengan peraturan tersebut, Kementerian Kesehatan juga menyusun Rencana Aksi Nasional Kesehatan Gigi dan Mulut 2015-2030 sebagai bagian dari Peta Jalan Pelayanan Kesehatan Gigi dari tahun 2015 hingga 2030, yang menjadi panduan disusunnya arahan yang lebih jelas, sistematis dan terpadu bagi segenap pemangku kebijakan/ *stakeholder* baik di tingkat pusat maupun di daerah untuk langkah aksi pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

yang ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut seluruh peserta didik di sekolah binaan yang ditunjang dengan upaya kesehatan perorangan berupa upaya kuratif bagi individu (peserta didik) yang memerlukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

112 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 89 Tahun 2015 tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut

Roadmap ini menjadi panduan strategis untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut masyarakat Indonesia, termasuk rencana ambisius Indonesia Bebas Karies 2030.[113] Rencana ini bertujuan untuk mengurangi prevalensi karies gigi pada masyarakat dan mendorong perilaku hidup sehat terutama dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut.

Sebagai tindak lanjut, Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan kebijakan penguatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di fasilitas kesehatan primer, khususnya Puskesmas, dengan fokus pada pemerataan dokter gigi. Kebijakan integrasi UKGS dengan UKS juga terus digenjot untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut anak sekolah secara lebih terstruktur dan menyeluruh. Puncak dari rangkaian kebijakan ini terjadi pada tahun 2019, ketika Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Keputusan Nomor 189 Tahun 2019 tentang pembentukan Komite Kesehatan Gigi dan Mulut untuk membantu Kementerian Kesehatan dalam menyusun rencana strategi dan rencana aksi upaya Kesehatan Gigi dan Mulut, serta menjembatani koordinasi dengan berbagai pemangku kepentingan terkait.

Melihat perkembangan kebijakan tersebut, tampak adanya peningkatan kesadaran akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian integral dari kesehatan umum, yang mendorong pendekatan yang lebih holistik dalam pelayanan kesehatan. Upaya pemerataan dokter gigi di Puskesmas, meskipun masih menghadapi tantangan, telah meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan gigi di tingkat primer. Program seperti UKGS menunjukkan pergeseran fokus ke arah pencegahan, yang dalam jangka panjang diharapkan dapat mengurangi beban penyakit gigi dan mulut.

Meski demikian, data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa dari 57,6% penduduk yang bermasalah kesehatan gigi dan mulut, hanya sekitar 10,2% yang mengakses pelayanan kesehatan gigi.[114] Masih saja ditemukan penyakit masalah gigi di Indonesia berupa gigi rusak/berlubang/sakit sebanyak 45,3% dari penduduk, berdasarkan data Riskesdas 2018. Adapun perilaku menyikat gigi dengan benar di Indonesia masih sangat rendah, hanya mencapai 2,8%.[115] Selain itu, Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi karies yang terjadi pada anak usia

113 Gita Maya Koemara Sakit, dkk. *Rencana Aksi Nasional Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Tahun 2015-2019*, diakses melalui https://issuu.com/dental.id/docs/ran-gilut-edit-230416

114 Fahmi Said, dkk, "Peningkatan Kebersihan Gigi dan Mulut, Penurunan Karies dan Penambalan Gigi Siswa Madrasah Ibtidaiyah Sabilal Rosyad, Kec. Martapura Barat", *Jurnal Rakat Sehat (JKS) Pengabdian Kepada Masyarakat*, Vol. 2, No. 1 April 2023, hlm 24.

115 Nur Handayani, "Gigi dan Mulutku Sehat di Masa Pandemi Hari Kesehatan Gigi dan Mulut Nasional 12 September 2021", https://rsprespira.jogjaprov.go.id/ pada 12 September 2021, diakses melalui https://rsprespira.jogjaprov.go.id/gigi-dan-mulutku-sehat-di-masa-pandemi-hari-kesehatan-gigi-dan-mulut-nasional-12-september-2021/

dibawah 12 tahun sebesar 41,4%, dimana angka tersebut mengalami peningkatan yang cukup tinggi dibandingkan dengan data yang dipublikasi pada Riskesdas 2013 yaitu sebesar 25,2%.[116] Data dari Riskesdas 2018 ini juga menunjukkan bahwa dari 94,7% penduduk berperilaku menyikat gigi setiap hari, hanya segelintir yang melakukannya pada waktu yang tepat.[117] Ini menunjukkan bahwa meskipun berbagai kebijakan telah membawa perubahan positif, masih diperlukan upaya lebih lanjut untuk memperbaiki kesadaran masyarakat akan kebiasaan menjaga kesehatan gigi dan mulut, meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan gigi di Indonesia, serta mengatasi kesenjangan antara kebutuhan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi oleh masyarakat.

10. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Paliatif

Perkembangan pelayanan kesehatan paliatif di Indonesia pada periode 2009-2019 menunjukkan kemajuan yang signifikan, meskipun masih menghadapi berbagai tantangan. Setidaknya terdapat empat undang-undang yang menjadi rujukan bagi Menteri Kesehatan dalam menetapkan regulasi terkait pelayanan kesehatan paliatif di Indonesia, antara lain Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Keempat undang-undang ini berfungsi sebagai landasan hukum yang mengatur hak dan kewajiban serta mekanisme perlindungan dalam pelayanan kesehatan.[118]

Sebagai contoh pada penyakit kanker, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menekankan pentingnya hak pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas, efektif, dan efisien, dengan demikian, setiap rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien, termasuk pasien kanker, diwajibkan untuk mengutamakan hak-hak pasien seperti yang telah ditetapkan dalam undang-undang tersebut. Adanya penyediaan fasilitas kesehatan yang layak bagi pasien kanker merupakan salah satu misi pemerintah dalam penanggulangan kanker.[119] Kanker memiliki proporsi yang signifikan dalam kebutuhan perawatan paliatif, dimana kanker menempati posisi kedua setelah penyakit kardiovaskular. Selain pada kalangan pasien dewasa, kanker juga dapat

116 Insyra Putri Ramadhani, dkk, "Status Kesehatan Gigi Anak Sekolah Dilihat Berdasarkan Kebijakan Program UKGS Tahap II (Studi Literatur)", *JDHT Journal of Dental Hygiene and Therapy*, Volume 3 Nomor 11 Tahun 2022, hlm 37.

117 "Baru 2,8 persen Masyarakat Indonesia Menyikat Gigi Secara Benar", diakses melalui https://ugm.ac.id/id/berita/baru-28-persen-masyarakat-indonesia-menyikat-gigi-secara-benar/

118 *Kompas* edisi 6 Februari 2020

119 *Ibid*.

ditemukan pada pasien anak-anak yang juga memerlukan perawatan paliatif.[120]

Pada awal periode 2009-2019, pelayanan paliatif masih sangat terbatas dan hanya tersedia di beberapa kota besar. Seiring berjalannya waktu, terjadi beberapa perkembangan penting yang menandai peningkatan kesadaran dan upaya pengembangan perawatan paliatif di negara ini, dimulai pada tahun 2014 ketika perawatan paliatif diintegrasikan ke dalam Program Pengendalian Kanker Nasional untuk periode 2014-2019 yang menunjukkan pengakuan pemerintah terhadap pentingnya perawatan paliatif dalam penanganan kanker secara komprehensif. Pada tahun ini, Kementerian Kesehatan merilis Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker yang menjelaskan panduan teknis pelayanan paliatif bagi pasien kanker di berbagai fasilitas kesehatan, termasuk Puskesmas dan Rumah Sakit tipe A, B, dan C. Pedoman ini mencakup sistem rujukan, tenaga kesehatan yang terlibat, langkah pelayanan, serta berbagai aspek lain yang terkait perawatan paliatif kanker di Indonesia.[121]

Bersamaan dengan itu, Pedoman Nasional untuk perawatan paliatif dan modul pelatihan perawatan paliatif untuk dokter dan perawat mulai dikembangkan. Perkembangan positif juga terlihat di sektor pendidikan, dimana beberapa fakultas kedokteran dan keperawatan mulai memasukkan perawatan paliatif sebagai modul pelatihan dalam kurikulum mereka. Sejak tahun 2015, keperawatan paliatif telah menjadi mata kuliah wajib dalam kurikulum pendidikan keperawatan yang ditetapkan oleh AIPNI (Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia).[122] Banyak penelitian mengenai perawatan paliatif telah dilakukan di Indonesia, dan banyak tenaga kesehatan di sektor klinis maupun akademis mengikuti pendidikan formal serta pelatihan perawatan paliatif dari berbagai negara seperti Australia, Inggris dan Belanda.

Minat tenaga kesehatan terhadap perawatan paliatif semakin meningkat, terlihat dari banyaknya seminar, workshop, dan pelatihan bertema paliatif di berbagai kota di Indonesia. Pada tahun 2015, pelatihan dasar perawatan paliatif diselenggarakan untuk 12 rumah sakit di Jakarta sebagai hasil kerjasama antara *Singapore International Foundation* (SIF) dan Yayasan Kanker Indonesia (YKI). Pelatihan serupa juga dilakukan di Jawa Barat, yang merupakan hasil kerja sama antara SIF, YKI, dan tim Paliatif RSUP Dr. Hasan Sadikin (RSHS) Bandung. Pelatihan ini berlangsung dari tahun 2018 hingga 2021, dibagi menjadi tiga

120 Komite Penanggulangan Kanker Nasional Periode (KPKN) 2014-2019, *Pedoman Strategi & Langkah Aksi Pengembangan Perawatan Paliatif*, (Jakarta: Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014-2019, 2019, hlm 7)

121 Dicky Firmana & Heni Nur Anina, *Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker*, (Jakarta: Salemba Medika, 2024, hlm 6)

122 *Ibid*.

modul, dan diikuti oleh sekitar 60 peserta dari rumah sakit pemerintah dan swasta di Jawa Barat.[123] Momentum penting lainnya terjadi pada Maret 2017, ketika Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia (PKPI) bekerjasama dengan beberapa organisasi lain menyelenggarakan Lokakarya Perawatan Paliatif Internasional pertama di Jakarta yang dihadiri oleh lebih dari 80 peserta, termasuk dokter dan perawat. Selama periode ini, beberapa pusat perawatan paliatif baru juga mulai dikembangkan di berbagai daerah, meskipun perkembangannya masih lambat dan bervariasi.

Meskipun terjadi kemajuan, pengembangan perawatan paliatif di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan selama periode ini. Kebijakan pemerintah belum sepenuhnya diimplementasikan karena kurangnya pedoman dan standar perawatan paliatif yang jelas, sistem rujukan yang tepat, dan pendanaan yang memadai. Selain itu, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan yang tersertifikasi dalam perawatan paliatif, dengan hanya sedikit dokter yang memiliki gelar atau sertifikasi khusus dalam bidang ini. Tantangan lain yang dihadapi termasuk sikap tenaga kesehatan yang masih menganggap perawatan paliatif sebagai pilihan terakhir ketika pengobatan aktif tidak lagi dilanjutkan, keterbatasan akses obat-obatan opioid karena kebijakan pemerintah yang ketat, serta kurangnya modul perawatan paliatif dalam kurikulum pendidikan kedokteran.

11. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Upaya integrasi pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem kesehatan formal di Indonesia mengalami perkembangan sejak disahkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengakui pelayanan kesehatan tradisional sebagai bagian integral dari upaya kesehatan nasional. Sebagai tindak lanjut, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional untuk membangun sistem kesehatan tradisional yang sinergis dengan pelayanan kesehatan konvensional, melindungi masyarakat, meningkatkan mutu layanan, serta memberikan kepastian hukum.[124] Peraturan ini memberikan arahan kepada pemerintah pusat dan daerah untuk bertanggungjawab dalam penyelenggaraan, pembinaan, pengawasan, dan pengembangan pelayanan ini. Secara rinci, peraturan ini mengatur Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi yang mengkombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan kesehatan tradisional komplementer yang dilakukan bersama oleh tenaga kesehatan konvensional dan tradisional di

123 *Ibid*.
124 Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Tradisional.



Foto 3.4: Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih Meresmikan Gedung Lab Terpadu Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat Tradisional di Tawangmangu Jawa Tengah, Oktober 2010. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

fasilitas pelayanan kesehatan.

Integrasi pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem kesehatan formal di Indonesia menghadapi tantangan utama berupa standarisasi praktik dan kualifikasi penyehat tradisional, yang dipersulit oleh keragaman metode pengobatan tradisional yang berkembang di masyarakat. Meskipun pemerintah telah mengeluarkan regulasi seperti Peraturan Pemerintah No. 103 Tahun 2014 yang mengkategorikan pelayanan kesehatan tradisional dan meluncurkan program Saintifikasi Jamu untuk menyediakan bukti ilmiah, implementasi kebijakan ini masih terkendala oleh kurangnya SDM terlatih dan keterbatasan anggaran di tingkat daerah. Untuk mewujudkan integrasi yang efektif dan aman, diperlukan upaya berkelanjutan dalam peningkatan kapasitas tenaga kesehatan tradisional, penguatan sistem pengawasan, serta penyediaan standar kompetensi yang jelas bagi praktisi pengobatan tradisional guna memfasilitasi proses pemberian izin praktik dan pengawasan mutu layanan.[125]

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 61 Tahun 2016 mengatur pelayanan kesehatan tradisional empiris yang telah terbukti aman dan bermanfaat, menjadi acuan bagi pemerintah dan penyehat tradisional dalam penyelenggaraan, pembinaan, dan pengawasan. Para penyehat tradisional diwajibkan memiliki Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) untuk berpraktik, dengan ketentuan bahwa surat tersebut hanya berlaku untuk satu lokasi dan tidak mengizinkan intervensi tubuh yang invasif atau bertentangan dengan konsep kesehatan

125 Diakses melalui: https://nasional.tempo.co/read/364088/ini-masalah-utama-pengobatan-tradisional-kita pada 30 Oktober 2024.

tradisional empiris. Penyelenggaraan layanan kesehatan tradisional harus mematuhi norma agama dan sosial, serta mendukung program pemerintah dalam peningkatan kesehatan masyarakat, tanpa melibatkan unsur klenik atau mistik.[126]

Seiring dengan perkembangan kebijakan tersebut, di tahun 2016 penyelenggaraan kesehatan tradisional di fasilitas kesehatan Indonesia menunjukkan perkembangan positif dimana sebanyak 2.143 puskesmas atau 21,97% dari total 9.754 puskesmas telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional. Program ini mencakup pelatihan 919 tenaga kesehatan di 34 provinsi dalam asuhan mandiri Tanaman Obat Keluarga (TOGA) dan akupresur. Puskesmas yang menyelenggarakan kesehatan tradisional harus memenuhi kriteria tertentu, termasuk memiliki tenaga terlatih dan melaksanakan asuhan mandiri kesehatan tradisional. Upaya pemberdayaan masyarakat juga dilakukan melalui pengembangan TOGA. Meskipun menghadapi tantangan seperti kurangnya dukungan anggaran daerah dan minimnya tenaga terlatih, Kementerian Kesehatan terus berupaya meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan tradisional, termasuk menyusun pedoman penapisan dan penilaian pelayanan kesehatan tradisional komplementer, serta merencanakan penyusunan pedoman pelayanan akupresur di puskesmas untuk tahun 2017.[127]

Selanjutnya, untuk mengatur pelayanan kesehatan tradisional komplementer, diterbitkan Permenkes No. 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mewajibkan tenaga kesehatan tradisional memiliki Surat Tanda Registrasi (STRTKT) dan Surat Izin Praktik (SIPTKT).[128] Regulasi ini bertujuan mengintegrasikan pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem JKN dengan tetap menjaga keamanan dan mutu layanan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mengatur pelayanan kesehatan tradisional yang menggabungkan metode konvensional dan tradisional, dengan penekanan pada keamanan, mutu, dan efektivitas ilmiah. Layanan ini disediakan oleh tenaga kesehatan tradisional yang memiliki izin (STRTKT dan SIPTKT) di fasilitas seperti Griya Sehat. Peraturan ini mengatur penggunaan obat tradisional dan alat kesehatan yang memenuhi standar, serta memerlukan pencatatan, pelaporan, dan sistem rujukan yang sesuai dengan norma medis. Pemerintah pusat dan

126 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 61 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris.

127 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/daerah/20170216/2119701/kesehatan-tradisional-primadona-baru-puskesmas/ pada 30 Oktober 2024.

128 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.

daerah bertanggung jawab atas pembinaan, pengawasan, dan penegakan disiplin, sementara Griya Sehat dan praktik mandiri diwajibkan memenuhi persyaratan operasional, termasuk pemasangan papan nama dan izin praktik.

12. Perkembangan Wisata Kesehatan

Perkembangan *medical tourism*[129] di Indonesia, khususnya di Bali telah menunjukkan kemajuan signifikan sejak penganugerahan "*The Best Destination in The World*" kepada Bali Spa oleh majalah kecantikan dan kesehatan Jerman pada tahun 2009. Pengakuan ini menjadi momentum penting yang meningkatkan minat terhadap sektor wisata kesehatan di negara ini.[130] Namun, perkembangan ini tidak lepas dari tantangan. Indonesia masih menghadapi persepsi kurang menguntungkan secara internasional terkait dengan standar higiene dan keamanan, yang dapat mengurangi daya tarik bagi wisatawan medis.[131] Selain itu, infrastruktur transportasi dan akses ke fasilitas medis di beberapa daerah masih perlu ditingkatkan untuk memenuhi standar global. Ini termasuk pengembangan rumah sakit yang memenuhi akreditasi internasional dan peningkatan layanan kesehatan secara keseluruhan.[132]

Oleh karena itu, Indonesia, khususnya Bali yang memiliki potensi besar dalam perkembangan industri *medical tourism* ini dengan memanfaatkan potensi keindahan alamnya, perlu mengembangkan layanan kesehatan dengan memperhatikan kembali infrastruktur yang harus dilengkapi agar menciptakan persepsi baik dari pandangan internasional tentang *medical tourism* di Indonesia.

---

129 *Medical Tourism* berdasarkan pendapat Laws dapat diartikan sebagai suatu perjalanan yang dilakukan oleh seseorang dari rumah ke tempat lainnya guna meningkatkan kesehatan sebagai bentuk dari rekreasi yang didalamnya juga memperoleh layanan medis serta berbagai bentuk pariwisata lain. Hal ini dimaksudkan untuk mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan, baca selengkapnya di Nadia Mahza Prameswari, "Medical Tourism di Indonesia: Analisis Hukum Tentang Peluang dan Tantangan", *Perspektif Administrasi Publik dan Hukum,* Vol. 1 No. 3 Juli 2024, hlm 41. ; Menurut Menkes, kebijakan wisata kesehatan di Indonesia mencakup dua aspek, yaitu aspek *medical tourism* dan aspek *wellness tourism. Medical Tourism* adalah perjalanan wisata untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan *Wellness Tourism* adalah perjalanan wisata untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan pendekatan holistik untuk pemeliharaan kesehatan dan bersifat promotif – preventif. Salah satu bentuk wellness adalah perawatan Spa (sehat pakai air), baca selengkapnya di "Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik", pada *SehatNegeriku* pada 1 Desember 2012, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/

130 "Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik", pada *SehatNegeriku* pada 1 Desember 2012, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/

131 Nadia Mahza Prameswari, op.cit., hlm. 42.; Subarno, "Implementasi Wisata Medis Berdasarkan Undang-undang Nomor 10 Tahun 2009", *Mahkamah: Jurnal Riset Ilmu Hukum*, Vol, 1. No. 3 Juli 2024.

132 Hanugerah Kristiono Liestiandre, "Strategi Pengembangan Medical Tourism: Studi Kasus Medical Tourism di Korea Selatan", *Jurnal Kepariwisataan*, Vol. 17 No. 2 September 2018, hlm 12

Dengan langkah-langkah yang strategis dan regulasi yang tepat, Indonesia dapat menjadi salah satu negara dengan destinasi unggulan dalam *medical tourism* global. Menjelang akhir periode 2009, Indonesia mulai menyadari pentingnya mengembangkan medical tourism sebagai salah satu sub kegiatan wisata. Kementerian Kesehatan pun mulai mempertimbangkan untuk melakukan kegiatan perkenalan *Healthy Medical Tourism* sebagai bagian dari strategi pariwisata nasional.[133]

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2009 tentang Kepariwisataan memberikan landasan hukum yang komprehensif bagi pengembangan sektor pariwisata, termasuk wisata kesehatan yang mendukung *medical tourism* dan *medical wellness.*[134] Undang-undang ini mendefinisikan pariwisata sebagai rangkaian kegiatan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam penyediaan fasilitas dan layanan wisata. Dalam konteks wisata kesehatan, undang-undang ini secara khusus menyebutkan spa sebagai bagian dari usaha pariwisata. Spa didefinisikan sebagai layanan perawatan holistik[135] yang menggabungkan berbagai terapi, termasuk penggunaan air, aroma, pijat, rempah-rempah, dan aktivitas fisik, dengan tujuan mencapai keseimbangan jiwa dan raga. Penting untuk dicatat bahwa definisi ini menekankan pentingnya mempertahankan esensi tradisi dan budaya Indonesia dalam layanan spa.

Pada tahun 2012, pemerintah Indonesia mulai mengambil langkah-langkah konkret untuk mendukung pengembangan *medical wellness* dan *medical tourism*. Salah satu langkah penting adalah penandatanganan *Memorandum of Understanding (MoU)* tentang Wisata Kesehatan (*Health Tourism*) antara Menteri Kesehatan dan Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif pada 29 November 2012.[136] Pada tahun yang sama, sebanyak 4.500 orang *Spa Therapist* telah mendapatkan sertifikasi dari Kemendikbud, sebagai salah satu langkah untuk menjamin mutu dengan menyediakan tenaga professional, dimana perawatan Spa diharuskan dilakukan oleh *Spa Therapist* sebagai tenaga professional. Menkes Nafsiah Mboi menjelaskan bahwa langkah tersebut sekaligus menunjukkan upaya peningkatan

133 Nadia Mahza Prameswari, op.cit., hlm. 43,; Ririn Tri Ratnasari, dkk. "Sustainable Medical Tourism: Investigating health-care travel in Indonesia and Malaysia", *International Journal of Healthcare Management*,

134 Undang-Undang Nomor 10 Tentang Kepariwisataan

135 Perawatan Holistik adalah praktik penyembuhan seluruh orang dan bukan hanya tubuh, menurut *American Holistic Nurses Association* (AHNA). Perawatan ini merupakan praktik khusus yang diakui oleh American Nurses Association sejak tahun 2006, baca selengkapnya di https://nursinglicensemap.com/nursing-specialties/registered-nurse/holistic-nursing/

136 "Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik", pada *SehatNegeriku* pada 1 Desember 2012, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/

kualitas SDM di sektor ini..

Perkembangan infrastruktur juga terlihat dengan adanya fasilitas yang mendukung seperti Rumah Sakit. Menurut Menkes Nafsiah Mboi sudah ada 5 rumah sakit swasta yang telah terakreditasi internasional yaitu RS Premier Bintaro, RS Premier Jatinegara, RS Eka Hospital BSD, RS Siloam Tangerang Selatan dan RS Sentosa Bandung, dan untuk rumah sakit pemerintah yaitu RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RSUP Sanglah Bali, yang sedang dalam proses akreditasi pada tahun 2012. Hal ini menunjukkan komitmen Indonesia dalam meningkatkan standar layanan kesehatan untuk mendukung *medical tourism*.[137] Pada tahun 2015, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 76 Tahun 2015 tentang Pelayanan Wisata Medis, yang merupakan regulasi utama yang mengatur secara spesifik mengenai penyelenggaraan wisata medis di Indonesia. Peraturan ini mendefinisikan wisata medis sebagai perjalanan ke luar kota atau dari luar negeri untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan ini mencakup tahap pra rumah sakit, selama di rumah sakit, dan pasca rumah sakit.[138]

Berdasarkan Peraturan Menkes ini, Rumah sakit yang ingin menyelenggarakan pelayanan Wisata Medis harus mendapat penetapan dari Menteri melalui Direktur Jenderal, dengan persyaratan tertentu termasuk layanan unggulan yang didukung oleh tenaga kesehatan berkompeten dan teknologi informasi yang handal. Fasilitas khusus seperti ruang tunggu dan pendaftaran khusus, serta ambulans kegawatdaruratan harus disediakan. Meskipun peraturan ini membawa kemajuan, namun juga memiliki kelemahan, seperti pembatasan hanya pada rumah sakit tipe A dan tipe B yang berhak mendapatkan penetapan sebagai RS dengan Pelayanan Wisata Medis.

Perkembangan sektor ini terus berlanjut, dan pada tahun 2017, menurut *Global Wellness Institute*, Indonesia menempati ke-17 sebagai pasar wellness tourism dan merupakan pasar terbesar kedua di wilayah Asia Tenggara yang menciptakan 1,31 juta tenaga kerja.[139] Perkembangan *wellness economy* sejak 2015 hingga 2017 ini tumbuh 6,4% setiap tahun, sekitar dua kali lipat dari pertumbuhan ekonomi global sebesar 3,6% saat itu. Konsumen pembeli dari *wellness tourism* tahun 2015 saja sudah mencapai $563.2 meningkat di 2017 mencapai $639,4 sehingga rata-rata

137 Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik", *SehatNegeriku* pada 1 Desember 2012, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/

138 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Wisata Medis.

139 Kemenparekraf/Baparekraf RI, "Siaran Pers: Menparekraf: Wellness Tourism Kunci Pemulihan Sektor Parekraf Nasional dan Global", *kemenparekraf.go.id* pada 5 Agustus 2022, melalui https://www.kemenparekraf.go.id/berita/siaran-pers-menparekraf-wellness-tourism-kunci-pemulihan-sektor-parekraf-nasional-dan-global



Foto 3.5: Menkes Nafsiah Mboi menghadiri The 1st Indonesia Wellness and Healthcare Tourism Movement di Bali, Oktober 2012. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

pertumbuhan dari 2015-2017 sebesar 6.5%.[140] Indonesia juga masuk ke posisi ke-7 dari 45 negara di Asia-Pasifik yang mempunyai pasar tertinggi tentang *wellnes economy.* Pernyataan ini juga berasal dari datta *Global Wellness Institute (GWI)* pada tahun 2020.[141] Pencapaian tiap tahun yang terus meningkat ini menunjukkan potensi besar Indonesia dalam industri *medical wellness* dan medical tourism.

Pada tahun-tahun berikutnya, pemerintah terus melakukan upaya untuk mendukung perkembangan sektor ini. Pembentukan *Indonesian Health Tourism Board* (IHTB) yang diinisiasi oleh Kementerian Bidang Kemaritiman dan Investasi menjadi langkah penting dalam menaungi pengembangan wisata kesehatan.[142] Selain itu, pembentukan Tim Kerja *Indonesia Wellness and Healthcare Tourism* (IWHT) oleh Kemenkes bersama Kemenparekraf, perwakilan RS, Spa dan asosiasi kesehatan juga menunjukkan komitmen pemerintah terhadap wisata kesehatan.[143] Puncak dari perkembangan ini ditandai dengan dikeluarkannya Keputusan Bersama Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif dan Menteri

140 Rizal Yuwono & Dyah Widi Astuti, "Potensi Pengembangan Wellness Hospitality Tourism di Tawangmangu", *Seminar Ilmiah Arsitektur II*, SIAR-II 2021. hlm. 606.

141 "Konsultasi Publik Kategorisasi Daya Tarik untuk Promosi Pariwisata Kebugaran (Wellness Tourism) di Indonesia", *DESMA: Sustainable Tourism and Conservation* pada 9 September 2023 diakses melalui https://desmacenter.com/detail-136-konsultasi-publik-kategorisasi-daya-tarik-untuk-promosi-pariwisata-kebugaran-wellness-tourism-indonesia

142 Maria Chrisma Pramana, "Analisis Regulasi Terhadap Pengembangan Industri *Medical Tourism* di Indonesia", *Federalisme: Jurnal Kajian Hukum dan Ilmu Komunikasi*, Vo. 1 No. 3 Agustus 2024,

143 "Health Tourism, Penggerak Perekonomian Kawasan Asia Pasifik", pada *SehatNegeriku* pada 1 Desember 2012, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/

Kesehatan pada tahun 2022, yang menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Wisata Kesehatan Indonesia, mencakup wisata medis, wisata kebugaran dan herbal, wisata ilmiah kesehatan, dan wisata olahraga kesehatan.[144]Meskipun terdapat perkembangan positif, masih ada beberapa tantangan yang dihadapi, seperti kurangnya sosialisasi syarat-prasyarat pengajuan RS untuk layanan Wisata Kesehatan dan perlunya peningkatan kualitas layanan dan fasilitas untuk bersaing di tingkat global.[145] Namun demikian, dengan adanya kebijakan-kebijakan tersebut dan perkembangan yang terjadi, Indonesia terus berupaya untuk memanfaatkan potensi medical wellness dan medical tourism sebagai penggerak perekonomian dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan di dalam negeri.

13. Program Gerakan Masyarakat Sehat (GERMAS)

Pendekatan terhadap kesehatan masyarakat didasarkan pada keyakinan bahwa gerakan seperti Germas dan program "Isi Piringku" sangat penting untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan. Konsep yang digunakan adalah teori "*blue zone*" yang menekankan bahwa 95% faktor kesehatan berasal dari perilaku dan lingkungan, sedangkan faktor genetik hanya berkontribusi sekitar 10%. Namun, kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatan masih sangat rendah, dimana sebagian besar hanya akan pergi ke rumah sakit ketika sudah jatuh sakit. Salah satu tantangan besar adalah mengubah pola pikir ini agar lebih berorientasi pada pencegahan.

Banyak orang cenderung kurang peduli dengan pola makan dan gaya hidup mereka, serta jarang melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Hal ini mencerminkan kondisi di mana masyarakat kurang mendapatkan dorongan atau instruksi untuk menjalani langkah-langkah preventif seperti *medical check-up*. Oleh karena itu, diperlukan usaha lebih untuk membangun kesadaran dan mendorong perilaku yang lebih sehat di kalangan masyarakat. Pada periode 2016-2018, fokus Kementerian Kesehatan mulai bergeser dari sekadar penanggulangan stunting ke arah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang lebih holistik. Hal ini selaras dengan visi Presiden yang mulai menekankan pentingnya kualitas sumber daya manusia sebagai fondasi pembangunan nasional. Dalam konteks ini, interpretasi tentang kesehatan menjadi lebih luas, tidak hanya sekedar bebas

144 "Overview: Health Tourism di Indonesia", pada *Medical Wellines* Indonesia pada 7 Maret 2024, diakses melalui https://medicalwellness-indonesia.net/2024/03/18/overview-health-tourism-di-indonesia/

145 "Menilik Potensi Medical Tourism (Wisata Medis) di Indonesia", pada SKHA pada 9 November 2022, diakses melalui https://skha.co.id/id/artikel/sektor-publik/pariwisata-perhotelan/menilik-potensi-medical-tourism-wisata-medis-di-indonesia/



Gambar 3.4. Isi Piringku Pedoman Makan Kekinian Orang Indonesia. Sumber: Ayosehat Kemenkes RI

dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup kondisi bugar dan produktif.

Sebagai respons terhadap tantangan di sektor kesehatan, prioritas diberikan pada upaya mengembalikan fokus pada paradigma hidup sehat. Meskipun mengubah pola pikir masyarakat tidak mudah, inisiatif seperti *Gerakan Masyarakat Hidup Sehat* (GERMAS) diperkenalkan untuk mendorong tindakan pencegahan dan membangun gaya hidup sehat. Inisiatif semacam ini dianggap penting dalam mengurangi beban biaya kesehatan jangka panjang dan menciptakan masyarakat yang lebih sehat secara keseluruhan.



Gambar 3.5: Logo GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). Sumber: Kemenkes RI

Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 menjadi dasar hukum utama bagi pelaksanaan GERMAS. Konsep GERMAS sejalan dengan berbagai pasal yang menekankan pentingnya upaya promotif dan preventif dalam menjaga kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat, mengharuskan setiap orang untuk ikut serta dalam upaya tersebut. Selain itu, di dalam UU ini juga menekankan tanggung jawab pemerintah dalam menyelenggarakan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terintegrasi dan berkelanjutan sehingga strategi nasional untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai.

GERMAS didorong salah satunya karena meningkatnya penyakit tidak

menular. Aksi GERMAS kemudian diperkuat oleh Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 sebagai upaya mempercepat dan mensinergikan tindakan promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, produktivitas penduduk, serta menurunkan beban biaya kesehatan akibat penyakit. Hal ini selaras dengan visi Presiden yang mulai menekankan pentingnya kualitas sumber daya manusia sebagai fondasi pembangunan nasional. Dalam konteks ini, interpretasi tentang kesehatan menjadi lebih luas, tidak hanya sekedar bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup kondisi bugar dan produktif. Instruksi ini mengarahkan berbagai kementerian dan lembaga untuk mengambil langkah sesuai tugas dan kewenangan mereka, seperti peningkatan aktivitas fisik, perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat, percepatan perbaikan gizi, pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, serta edukasi hidup sehat.

Instruksi ini juga menugaskan para Menteri dan Kepala Lembaga terkait untuk melaksanakan kampanye GERMAS, memfasilitasi kegiatan olahraga, menyediakan fasilitas kesehatan di tempat kerja, mendorong kebijakan kawasan tanpa rokok, dan memastikan pengawasan mutu pangan. Pemerintah daerah juga diberi tanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan GERMAS di wilayah masing-masing, termasuk menyediakan sarana aktivitas fisik, ruang terbuka hijau, serta pemanfaatan pekarangan untuk menanam sayur dan buah. Implementasi GERMAS ini melibatkan sinergi lintas sektor dengan dukungan dari berbagai tingkat pemerintahan. Gerakan ini bertujuan menanamkan pola hidup sehat di seluruh lapisan masyarakat dengan partisipasi pemerintah, lembaga pendidikan, dan masyarakat umum. Tiga pilar utama GERMAS meliputi dorongan untuk berolahraga minimal 30 menit setiap hari, mengkonsumsi makanan seimbang dengan membatasi gula, garam, dan lemak, serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mencegah dan mendeteksi penyakit sejak dini.[146]

Program GERMAS pada saat itu menjadi salah satu prioritas penting, terutama dalam upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan masyarakat. Program ini melibatkan para Kepala Dinas Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk memperkuat kampanye GERMAS sebagai bagian dari strategi kesehatan publik. Selain itu, perhatian juga diberikan pada pengelolaan anggaran agar tidak terjadi kekurangan, mengingat anggaran untuk program ini semakin meningkat, sehingga diperlukan perencanaan yang matang. Namun, meskipun berbagai kebijakan promotif preventif sudah dijalankan oleh banyak kementerian, program seperti GERMAS dinilai kurang berkelanjutan dan tidak sepenuhnya

146 https://ayosehat.kemkes.go.id/germas

terjaga dalam jangka panjang.

Gerakan ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan sehari-hari, dengan menekankan pada pencegahan penyakit dan membentuk perilaku hidup sehat. Periode ini menjadi titik penting dalam transformasi kebijakan kesehatan, dengan memusatkan perhatian pada pendekatan yang lebih proaktif dalam menjaga kesehatan, sejalan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas masyarakat.

14. Program Indonesia Sehat Berbasis Pendekatan Keluarga

Program Indonesia Sehat berbasis Pendekatan Keluarga didasari oleh Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang mendefinisikan serangkaian kegiatan upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan dan dapat dilaksanakan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. [147] Ketentuan lebih lanjut terkait program ini diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga dan anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dasar. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan, mendukung perlindungan finansial, dan pemerataan pelayanan kesehatan, serta mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat secara berkesinambungan.[148]

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga mendukung pencapaian standar pelayanan minimal di kabupaten/kota dengan meningkatkan akses dan skrining kesehatan serta berkontribusi pada pelaksanaan JKN melalui peningkatan kesadaran masyarakat. Program ini sejalan dengan tujuan Kementerian Kesehatan dalam rencana strategis 2015-2019, yang mengedepankan tiga pilar utama: penerapan paradigma kesehatan, penguatan pelayanan kesehatan, dan implementasi JKN. Fokus utamanya adalah pada empat area prioritas: penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi stunting, penanggulangan penyakit menular, dan penanggulangan penyakit tidak menular. Untuk mendukung pelaksanaan, 12 indikator kesehatan keluarga ditetapkan, mencakup aspek seperti partisipasi dalam program Keluarga Berencana (KB), imunisasi, akses air bersih, pengobatan penyakit, hingga

147 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

148 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaran Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

keanggotaan dalam JKN.[149]



Gambar 3.6: Flyer: 12 Indikator Keluarga Sehat (PINKESGA). Sumber: Kemenkes RI

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah menghasilkan sistem pendataan yang baik dengan mengklasifikasikan kegiatan berbasis Kesehatan Masyarakat (Kesmas), Pelayanan Kesehatan (Yankes), dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P). Program ini memantau 12 indikator, termasuk Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta kesehatan lingkungan (Kesling), yang menghasilkan data yang dinilai memadai untuk membantu pemerintah pusat dalam pengambilan keputusan dan membantu daerah dalam merumuskan kebijakan berbasis data. Ketika Menteri Kesehatan yang baru menjabat, program ini diperkuat dengan digitalisasi melalui inisiatif *"Satu Sehat"* agar lebih terintegrasi, serta mendukung pelaksanaan Undang-Undang PIS-PK. Namun, beberapa aspek dari program PIS-PK tidak sepenuhnya diterapkan, yang dianggap sebagai peluang yang sayang untuk dilewatkan.[150]

Tantangan dalam implementasi Program Indonesia Sehat berbasis PIS-PK terletak pada pergeseran fokus dari tujuan awal integrasi pelayanan kesehatan menjadi kegiatan pencatatan dan pelaporan yang terpisah. Struktur Puskesmas yang terfragmentasi, dengan program-program seperti KIA dan imunisasi yang dipisahkan dalam ruang berbeda, menyulitkan kolaborasi dan diskusi antar petugas kesehatan. Akibatnya, PIS-PK terkesan sebagai kegiatan administratif, padahal tujuannya adalah menciptakan sistem yang lebih terintegrasi. Kurangnya koordinasi antar program juga menyebabkan ketidakjelasan dalam alokasi sumber daya dan fungsi masing-masing program, sehingga menghambat upaya kolaboratif dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.[151]

15. Pengendalian Gizi Masyarakat

Dinamika Pembangunan Kesehatan pada periode 2009 hingga 2014 diwarnai dengan berbagai perubahan nyata dalam arah kebijakan, dengan banyaknya

149 Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 - 2019*. (Jakarta: Kemenkes RI, 2017).

150 Wawancara dengan drg. Oscar Primadi, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024.

151 Wawancara dengan dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2015-2018, pada 7 Agustus 2024.

tantangan yang dihadapi. Salah satunya adalah masalah gizi, dimana hasil Riskesdas 2013 mengungkapkan bahwa angka stunting di Indonesia mencapai 37,2%. Akan tetapi, pada saat itu pembahasan mengenai stunting di kalangan Kementerian Kesehatan lebih berfokus pada angka, tanpa adanya tindakan yang jelas untuk menangani masalah tersebut. Hingga tahun 2014, fokus utama masalah gizi masih pada gizi buruk dan gizi kurang, sementara stunting belum diangkat sebagai masalah prioritas yang membutuhkan solusi konkret.

Pada periode 2014-2019, upaya penanganan stunting sudah mulai konkret dan menjadi bagian dari rencana pembangunan. Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa angka stunting turun dari 37,2% menjadi sekitar 32%, yang mendapat apresiasi positif dari berbagai pihak. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi bertujuan sebagai langkah strategis pemerintah Indonesia dalam menangani masalah gizi yang masih menjadi tantangan besar yang dilatar belakangi oleh tingginya angka malnutrisi, termasuk masalah stunting dan kurang gizi, yang berdampak serius pada kesehatan masyarakat dan kualitas sumber daya manusia. Tujuan utama dari gerakan ini adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi seimbang, mengurangi prevalensi masalah gizi, terutama pada anak-anak dan ibu hamil, serta mendorong kolaborasi antara berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, dan pertanian.

Strategi pelaksanaan yang diusung mencakup koordinasi antar lembaga untuk memperkuat kerjasama antara pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat, melaksanakan program intervensi gizi berbasis bukti sesuai kebutuhan lokal, serta meningkatkan edukasi mengenai pola makan sehat. Perpres ini juga mengatur pembagian tanggung jawab antara pemerintah pusat dan daerah, dengan Kementerian Kesehatan sebagai koordinator utama. Untuk menjamin efektivitas gerakan ini, Perpres menekankan pentingnya sistem monitoring dan evaluasi terintegrasi dengan pengumpulan data berkala mengenai status gizi masyarakat. Melalui pendekatan berbasis data dan kerjasama lintas sektor, diharapkan gerakan ini dapat mengurangi angka malnutrisi secara signifikan dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat di Indonesia.

Proses penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) pada tahun 2014 - 2019 memberikan kesempatan untuk mengangkat isu stunting ke dalam agenda pembangunan kesehatan nasional. Untuk pertama kalinya, angka stunting dimasukkan sebagai indikator resmi dalam RPJM, yang menandakan langkah maju dalam menangani masalah ini. Periode ini juga menandai perubahan signifikan dalam orientasi program Kementerian Kesehatan, dengan fokus yang lebih spesifik pada penanggulangan gizi, termasuk stunting. Selain

itu, tahun 2014 juga menjadi tonggak penting dengan dimulainya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Periode 2014 hingga 2016 menjadi fase yang sangat krusial bagi Kementerian Kesehatan, di mana data ini digunakan sebagai landasan untuk menyusun kebijakan-kebijakan strategis yang berfokus pada peningkatan status gizi dan kesehatan ibu dan anak (KIA). Upaya ini mencakup langkah-langkah promotif dan preventif untuk menurunkan prevalensi stunting, melalui program perbaikan gizi, peningkatan akses layanan kesehatan, serta kampanye gizi yang lebih terintegrasi.

Pada periode ini pendekatan penanganan stunting diintegrasikan dengan penanganan penyakit, terutama infeksi cacing yang umum terjadi di wilayah timur Indonesia. Program ini memperluas cakupannya dengan memasukkan pengobatan cacing di daerah-daerah yang memiliki angka stunting tinggi. Sebagai bagian dari strategi menyeluruh, program ini diimplementasikan di 20 Kabupaten/Kota sebagai proyek percontohan yang dilaksanakan hingga ke tingkat desa. Program ini diawasi secara ketat dalam hal penganggaran oleh Kementerian Keuangan, sementara koordinasi kebijakan dilakukan melalui rapat yang dipimpin oleh Menko PMK. Pengawasan ini bertujuan untuk memastikan program berjalan dengan efektif dan adanya kerjasama yang baik antar sektor terkait, sehingga implementasinya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

16. Program Pemberian Makanan Tambahan

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025[152] merupakan dokumen perencanaan pembangunan yang menetapkan arah dan kebijakan pembangunan nasional Indonesia selama dua dekade, termasuk didalamnya berkaitan dengan upaya perbaikan gizi. Undang-undang ini menegaskan, bahwasannya pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor yang meliputi produksi, pengelolaan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan mempertibangkan kandungan gizi yang cukup, seimbang dan dibutuhkan oleh tubuh. Pada tingkat nasional, pembahasan mengenai pembangunan pangan, kesehatan dan pendidikan juga ditempatkan sebagai prioritas utama dalam RPJPN Tahun 2005-2025 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2004-2009, yang kemudian dijabarkan oleh beberapa departemen seperti Departemen Pertanian, Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan. Untuk menjabarkan kebijakan dan langkah terpadu di bidang pangan dan gizi

152 Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005-2025

serta dalam rangka mendukung pembangunan SDM berkualitas.[153]

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 memberikan kerangka hukum dan kebijakan yang mendukung perbaikan gizi di Indonesia dengan menekankan pentingnya peran lintas sektor dalam pembangunan dan perbaikan gizi. Dengan kata lain, diperlukan pendekatan multi-sektor untuk mengatasi masalah gizi yang tidak hanya melibatkan sektor kesehatan tetapi juga sektor pertanian, pendidikan, dan sosial. Dalam RPJPN, terdapat penekanan pada program-program spesifik perbaikan gizi, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil dan anak usia dini, yang dirancang untuk mengurangi prevalensi stunting dan kekurangan gizi pada anak.[154]

Dalam menyukseskan program pembangunan manusia sebagai prioritas, pemberian makanan tambahan (PMT) menjadi salah satu strategi untuk meningkatkan kualitas SDM, khususnya pada kelompok rentan. Salah satu sasaran program PMT adalah anak-anak, yaitu Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT AS). Program ini dirancang untuk mencegah kekurangan gizi pada anak usia sekolah, terutama pada tingkat SD dan MI, sejalan dengan tujuan pada UU Nomor 17 Tahun 2007 yang berfokus pada peningkatan kesehatan dan pendidikan dasar sebagai salah satu capaian pembangunan manusia.[155]

Sebagai upaya perbaikan gizi masyarakat yang ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perorangan dan masyarakat, Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengarahkan pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, serta masyarakat untuk bersama-sama menjamin tersedianya bahan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi secara merata dan terjangkau.[156] Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) memiliki hubungan yang signifikan dengan tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dan Rencana Aksi Nasional Pencegahan Gizi Buruk (RAN-PG) tahun 2010. Program PMT bertujuan untuk meningkatkan status gizi anak, mengurangi prevalensi stunting dan malnutrisi, serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak. Dengan diintegrasikan dalam RAN PG, PMT berfokus pada keluarga miskin yang memiliki anak gizi kurang, membantu mengurangi ketimpangan sosial-ekonomi dan mencapai sasaran RAN-PG. Secara keseluruhan, PMT berkontribusi pada pencapaian SDG 2 (Nol Stunting, Nol Malnutrisi), SDG 3 (Kesehatan dan

153 Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, "*Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*", (Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional), hlm 2

154 Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, "*Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*", (Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional), hlm 55

155 Berly Nisa Srimayarti & Ririn Afrima Yenni, "Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS)", *ARKESMAS*, volume 6, nomor 2, Desember 2021, hlm 21

156 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Kesejahteraan), serta SDG 10 (Kurangi Ketimpangan), serta mendukung upaya pemerintah dalam mengatasi masalah gizi di Indonesia.[157]

Program pemberian biskuit untuk ibu hamil pada tahun 2009 merupakan bagian dari upaya pemerintah Indonesia untuk meningkatkan status gizi ibu hamil. Program ini ditujukan kepada kelompok rawan gizi yang meliputi ibu hamil risiko KEK.[158] KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan masalah pada ibu antara lain anemia, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, pendarahan, dan mudah terkena penyakit infeksi. Selain itu, ibu hamil dengan kondisi KEK dapat berpengaruh terhadap proses pertumbuhan janin yang dapat menyebabkan keguguran, bayi berat lahir rendah (BBLR), kematian neonatal, anemia pada bayi dan asfiksia intra partum. Maka, program PMT pada ibu hamil diharapkan dapat mencegah masalah kesehatan pada ibu hamil dan janinnya. Program pemberian biskuit yang telah diluncurkan pada tahun 2009 ini terbukti memiliki dampak positif terhadap status gizi ibu hamil. Selain itu, hasil survei menunjukkan penurunan angka stunting menjadi 27,7%. Ini merupakan hasil yang menggembirakan, namun upaya lebih lanjut masih diperlukan untuk menurunkan angka stunting secara berkelanjutan.

Meskipun program ini bertujuan untuk memberikan nutrisi tambahan bagi anak-anak, terdapat sejumlah tantangan dalam pelaksanaannya. Beberapa penerima program tidak menggunakan bantuan sesuai dengan tujuannya, seperti yang ditemukan di sejumlah daerah, di mana makanan tambahan yang seharusnya diberikan kepada anak-anak malah disuguhkan kepada tamu. Hal ini menunjukkan kurangnya pengawasan dan evaluasi yang efektif, yang menyebabkan program tersebut meleset dari sasarannya. Situasi ini mengingatkan pada program sebelumnya, seperti distribusi susu di sekolah, yang lebih tepat sasaran. Program-program serupa, termasuk yang diusulkan oleh tokoh politik, memiliki potensi besar namun sering menghadapi masalah dalam pelaksanaan dan pengawasannya. Oleh karena itu, monitoring dan evaluasi yang baik sangat penting untuk memastikan bahwa program ini benar-benar mencapai manfaat bagi penerima yang diharapkan.

17. Peningkatan Gizi (Program Isi Piringku)

Program *"Isi Piringku"* bertujuan untuk mendorong kegiatan promosi kesehatan untuk peningkatan gizi seimbang di Indonesia. Peningkatan gizi di Indonesia,

157 Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, "*Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*", (Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional), hlm

158 Gelora Mangalirk, dkk. "Program Pemberian Makanan Tambahan: Studi Kasus Pada Ibu Hamil Dengan Kurang Energi Kronis di Puskesmas Cebongan Salatiga", *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, Vol. 10, No. 1 Tahun 2019, hlm 112



Gambar 3.7: Poster Kampanye Program "Isi Piringku". Sumber: Kemenkes RI

khususnya melalui Program Isi Piringku, merupakan bagian integral dari kebijakan kesehatan nasional yang dilaksanakan dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola makan sehat dan bergizi seimbang.

Program "*Isi Piringku*", yang diluncurkan pada 2017 sebagai bagian dari Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), menekankan pentingnya konsumsi sayur dan buah serta pengurangan makanan tidak sehat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang gizi seimbang dan mendorong perilaku hidup sehat. Kebijakan pendukungnya termasuk Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG), yang bertujuan memperkuat integrasi kebijakan pangan dan gizi, serta Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita dan ibu hamil, yang terintegrasi dengan JKN. Meskipun ada kemajuan, tantangan seperti akses layanan kesehatan dan pendidikan gizi di daerah terpencil serta masalah stunting masih memerlukan perhatian lebih lanjut.

Selama periode 2009-2019, upaya promotif dan preventif dalam kesehatan semakin ditekankan, namun masih menghadapi tantangan dalam hal pengawasan, monitoring, dan efektivitas program. Salah satu tantangan utama adalah rendahnya kesadaran masyarakat yang masih lebih fokus pada pengobatan daripada pencegahan. Selain itu, distribusi pelayanan kesehatan promotif tidak merata, terutama di daerah terpencil yang mengalami kesulitan

akses. Sistem monitoring dan evaluasi program juga memerlukan penguatan untuk memastikan sasaran kesehatan tercapai secara efektif. Meskipun demikian, promosi kesehatan di era JKN terus berkembang melalui kebijakan yang menekankan pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan masyarakat.

18. Program Kesehatan Ibu dan Anak

Program penekanan angka kematian ibu dan anak di Indonesia pada periode 2009-2019 berfokus pada peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan untuk ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi baru lahir. Pemerintah menerapkan berbagai kebijakan strategis untuk menekan angka kematian, salah satunya melalui Jaminan Persalinan (Jampersal) yang diluncurkan pada 2011, memberikan layanan persalinan gratis di fasilitas kesehatan bagi ibu hamil yang tidak mampu. Selain itu, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diperkenalkan pada 2014 juga memberikan akses kesehatan yang lebih luas, termasuk untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan layanan pasca melahirkan.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 dan 2015-2019 menetapkan penurunan angka kematian ibu dan anak sebagai prioritas utama, dengan target sesuai tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). Kebijakan lain seperti strategi Making Pregnancy Safer (MPS) juga diadopsi untuk memastikan keamanan selama kehamilan dan persalinan, dengan melibatkan bidan desa dan kader kesehatan.

Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) diluncurkan untuk mendukung kesehatan ibu dan bayi, berfokus pada pencegahan malnutrisi dan stunting. Pelatihan tenaga kesehatan, penguatan sistem rujukan, serta peningkatan fasilitas kesehatan di daerah terpencil juga menjadi bagian integral dari program ini. Walaupun terjadi penurunan angka kematian ibu dan anak, tantangan tetap ada, terutama di daerah terpencil yang masih menghadapi keterbatasan infrastruktur dan tenaga kesehatan.

Dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan anak, salah satu langkah yang diambil adalah membentuk sistem pengampuan di rumah sakit, terutama di daerah dengan angka kematian ibu dan anak yang tinggi. Penyebab kematian tertinggi bukan berasal dari kualitas rumah sakit, tetapi karena penanganan terlambat di layanan primer, sehingga kondisi pasien sudah berat ketika dibawa ke rumah sakit. Program ini bekerja sama dengan donatur luar negeri untuk melakukan pemetaan di wilayah yang memiliki angka kematian ibu dan anak tinggi, guna mengidentifikasi dan memutus mata rantai penyebab kematian.

19. Pengendalian Penyakit Menular

Sesuai dengan amanat UUD 1945, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan bagian penting dari kesejahteraan yang harus diwujudkan, di mana Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam mencegah dan mengendalikan penyakit menular serta dampaknya. Upaya ini bertujuan melindungi masyarakat dari penularan penyakit dan mengurangi jumlah penderita, kecacatan, serta kematian melalui promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi berbasis wilayah dengan kerjasama lintas sektor. Salah satu contoh nyata adalah program "Ketuk Pintu Layani dengan Hati" yang diinisiasi oleh DKI Jakarta, yang mendatangkan tenaga medis ke rumah warga untuk memantau kesehatan mereka. Program ini mendapat pujian karena menekankan pentingnya pemantauan rutin oleh tenaga medis, terutama bagi pasien dengan kondisi seperti hipertensi dan TBC, di mana perhatian khusus dan pengawasan ketat sangat krusial untuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan dan menjaga kesehatan masyarakat secara keseluruhan.[159]

Pada tahun 2014, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diluncurkan untuk memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan membantu menurunkan beban biaya pengobatan, khususnya bagi penderita penyakit menular seperti TB, HIV/AIDS, dan Malaria. JKN menyediakan layanan skrining, pengobatan, dan rehabilitasi di seluruh fasilitas kesehatan yang terdaftar. Selain itu, kebijakan desentralisasi memberikan peran lebih besar kepada pemerintah daerah untuk menyesuaikan program pengendalian penyakit menular sesuai kondisi lokal, sehingga daerah dengan beban penyakit lebih tinggi dapat memprioritaskan intervensi.

Permenkes No. 97 Tahun 2014 bertujuan untuk memberikan pedoman dalam pencegahan dan pengendalian penyakit menular di Indonesia. Aturan ini dirancang untuk melindungi masyarakat dari risiko penyakit menular sekaligus meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Ruang lingkup Permenkes ini mencakup pengaturan terkait epidemiologi, surveilans, tindakan kesehatan, serta koordinasi antar lembaga. Beberapa penyakit menular yang menjadi perhatian utama diatur dalam peraturan ini, termasuk tuberkulosis, HIV/AIDS, hepatitis, serta penyakit menular lainnya. Langkah-langkah pencegahan, seperti vaksinasi, edukasi masyarakat, dan pengawasan kesehatan, dijelaskan secara rinci dalam peraturan ini. Selain itu, peran pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular

159 Wawancara dengan Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K), Menteri Kesehatan RI periode 2014 - 2019, pada 22 Agustus 2024.

dijabarkan dengan jelas. Pelaporan kasus penyakit menular dan pentingnya sistem surveilans untuk mendeteksi serta merespons wabah secara cepat juga ditekankan. Permenkes ini mendorong kerjasama multisektoral antara sektor kesehatan, pendidikan, dan lingkungan guna mencapai tujuan pencegahan dan pengendalian yang lebih efektif. Akhirnya, monitoring dan evaluasi terhadap program pencegahan dan pengendalian penyakit menular diidentifikasi sebagai langkah penting untuk memastikan efektivitas implementasinya.

a. HIV-AIDS

Menurut laporan Global Epidemi AIDS oleh UNAIDS pada tahun 2008, epidemi AIDS di Indonesia merupakan salah satu epidemi yang paling cepat berkembang di Asia. Pada tahun 2009, perkiraan jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS meningkat menjadi 333.200 orang, di mana 25% di antaranya adalah perempuan. Angka ini menunjukkan adanya feminisasi epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Dari 11.856 kasus yang dilaporkan pada tahun 2009, 6.962 di antaranya adalah mereka yang berusia produktif (kurang dari 30 tahun). Selama periode ini, HIV dan AIDS telah menyebar di seluruh 33 provinsi dan 348 kabupaten/kota, atau hampir 80% dari total kabupaten/kota di Indonesia.[160]

Selama periode ini, cara penularan utama adalah heteroseksual (60,9%), penggunaan narkoba suntik (Penasun) (14,4%) (14,4%), penularan perinatal (17,4%) dan homoseksual (2,8%). Tingkat kematian kasus karena AIDS pada tahun 2007 adalah 7,46% kemudian menurun menjadi 0,30% pada Juni 2013, yang mengindikasikan peningkatan jumlah ODHA yang menerima pengobatan ARV.[161]Penanggulangan HIV dan AIDS selama periode ini difokuskan pada pekerja seks komersial dan pelanggan mereka karena tingginya jumlah penduduk yang berisiko tertular HIV dan AIDS melalui penularan melalui hubungan seksual. Pentingnya layanan kontinum juga disadari pada periode ini dengan dikembangkannya beberapa kebijakan yang terkait dengan layanan terpadu untuk IMS, tes HIV, Needle Syringe Program (NSP), metadon, Antiretroviral Therapy (ART), serta kolaborasi antara LSM dan Puskesmas. Namun demikian, praktik layanan kontinum bervariasi di tiap daerah, terutama dalam hal layanan NSP, metadon dan ARV, karena adanya perbedaan interpretasi terhadap peraturan di masing-masing daerah.[162]

Ketersediaan layanan juga meningkat selama periode ini. Hingga September 2013, terdapat 889 layanan Konseling dan Tes Sukarela (Voluntary Counseling

160 CHSM, *op.cit.*, hlm. 34.
161 Kementerian Kesehatan RI, *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia 2011-2016*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2014).
162 Prapto Raharjo, I. et. al. *Indonesia NSP Review*. (Jakarta:UNODC Indonesia, 2013).

and Testing/VCT) yang tersedia. Sebanyak 330 layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (CST) yang terdiri dari 266 rujukan rumah sakit dan 114 layanan satelit telah didirikan. Sebanyak 85 layanan Terapi Rumatan Metadon (MMT), 886 layanan klinis IMS dan 144 layanan klinis IMS dan 144 layanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) telah tersedia di beberapa provinsi. Dari sisi kelembagaan, inisiatif *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) untuk meningkatkan kesadaran akan perlunya untuk merevitalisasi peran KPAN. Penguatan kebijakan tersebut diikuti dengan penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010, yang secara jelas mendefinisikan upaya komprehensif penanggulangan HIV dan komprehensif berdasarkan sifat epidemi dan disesuaikan dengan konteks desentralisasi.[163]

Kementerian Kesehatan RI menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS yang menekankan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia berfokus pada pemberdayaan masyarakat melalui kerja sama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas kesehatan, dan sumber daya manusia. Program ini memprioritaskan komitmen nasional dan internasional, meningkatkan advokasi serta sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas. Upaya penanggulangan dilakukan secara merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan, dengan penekanan pada pencegahan dan promosi kesehatan. Pelayanan difokuskan pada kelompok berisiko tinggi dan daerah tertinggal, dengan peningkatan pembiayaan, sumber daya manusia, dan akses pengobatan yang berkualitas. Manajemen penanggulangan HIV-AIDS dijalankan secara akuntabel, transparan, dan efektif.[164]

Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional (KPAN) melalui SRAN 2015-2019, pemerintah menargetkan percepatan pencapaian *"3 Zero"* (Zero infeksi baru, Zero kematian terkait AIDS, dan Zero stigma dan diskriminasi) dengan cara meningkatkan cakupan pengobatan ARV hingga 70%, meningkatkan pengobatan ARV untuk pasien TB, mengurangi kematian akibat AIDS hingga 50%, dan meningkatkan kualitas layanan ARV, termasuk ketersediaan untuk anak-anak. Selain itu, layanan HIV, kesehatan seksual dan reproduksi, dukungan sebaya, kekerasan, serta TB diintegrasikan ke dalam struktur layanan untuk meningkatkan retensi pengobatan ARV. Kebijakan ini selain mengedepankan pendekatan berbasis bukti dan kolaborasi lintas sektor, juga bertujuan memperkuat layanan terintegrasi yang efektif secara biaya, berkualitas tinggi, serta menciptakan lingkungan bebas stigma dan diskriminasi, sensitif gender,

163 CHSM, *op.cit*., hlm. 36.

164 Kementerian Kesehatan RI, *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2017).



Foto 3.6: Yayasan AIDS Indonesia melakukan kampanye pencegahan HIV/AIDS dalam kegiatan *car free day* di Bundaran HI Jakarta pada Hari AIDS Sedunia 1 Desember 2019. Sumber: merahputih.com

dan berorientasi pada Hak Asasi Manusia.[165]

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang mulai berlaku pada tahun 2014, akses terhadap pelayanan kesehatan bagi ODHA semakin diperkuat. Program ini menjamin bahwa semua individu, termasuk mereka yang terinfeksi HIV, dapat mengakses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial. JKN menjadi landasan penting dalam memperluas cakupan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan HIV.

Salah satu program prioritas Kementerian Kesehatan pada saat itu adalah penempatan kondom di tempat-tempat berisiko sebagai salah satu prioritas dalam program pencegahan penyakit, khususnya HIV/AIDS. Distribusi kondom difokuskan pada populasi kunci yang berisiko tinggi tertular dan menularkan HIV, seperti pekerja seks (remaja dan dewasa), pengguna narkoba suntik, serta lelaki dewasa dengan mobilitas tinggi seperti sopir truk dan pekerja kasar. Kondom juga dibagikan secara gratis di tempat-tempat berisiko, seperti lokalisasi dan area pariwisata, untuk mencegah penularan HIV dan kehamilan di usia muda.[166]

b. TBC

Indonesia terus memperkuat program pengendalian TB melalui Strategi Nasional Pengendalian TB yang sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Rencana Strategi Nasional TBC, pada tahun 2010,

165 Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2020).

166 Diakses melalui https://berita.upi.edu/kontroversial-mencegah-hivaids-dengan-kondom-gratis/

pemerintah meluncurkan Rencana Strategi Nasional Penanggulangan TBC yang bertujuan untuk meningkatkan deteksi dan pengobatan kasus TBC. Rencana ini menekankan pentingnya pendekatan berbasis komunitas dan integrasi layanan kesehatan dalam penanggulangan TBC.

Pada tahun 2010, pemerintah memperkenalkan program STOP TB dengan tujuan menekan insiden dan mortalitas akibat TB, serta mendukung target global eliminasi TB. Salah satu kebijakan penting adalah penerapan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) yang menekankan pengawasan langsung terhadap pengobatan pasien TB. Program deteksi dini melalui jejaring puskesmas dan rumah sakit diperluas, disertai kampanye masif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat. Program DOTS diperkuat selama periode ini untuk memastikan bahwa pasien TBC mendapatkan pengobatan yang tepat dan teratur. Program ini merupakan bagian dari strategi global WHO untuk mengendalikan TBC dan diimplementasikan secara luas di puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya.

Dengan diberlakukannya JKN pada tahun 2014, akses terhadap pelayanan kesehatan bagi pasien TBC semakin diperkuat. JKN menjamin bahwa semua individu, termasuk mereka yang terinfeksi TBC, dapat mengakses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial. Pemerintah juga menerapkan empat pilar dalam upaya percepatan penanganan TBC, yaitu pencegahan, promosi kesehatan, deteksi aktif, dan pengobatan. Ini termasuk kampanye sosialisasi tentang pentingnya deteksi dini dan pengobatan serta peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menangani kasus TBC.

c. Malaria

Pada tahun 2010, Kementerian Kesehatan telah meluncurkan Rencana Aksi Nasional Pengendalian Malaria yang berfokus pada pengurangan angka kejadian malaria dan kematian akibat penyakit ini, sebagai salah satu program prioritas mengingat kasus positif malaria yang dilaporkan mencapai 465,7 ribu kasus positif pada tahun ini.[167] Rencana ini disusun untuk menekankan pentingnya deteksi dini, pengobatan yang tepat, serta pencegahan melalui penggunaan kelambu berinsektisida. Dalam upaya eliminasi malaria, pemerintah menerapkan strategi akselerasi di wilayah endemis tinggi dengan kegiatan seperti kampanye kelambu anti-nyamuk masal, penyemprotan dinding rumah, serta penemuan dini dan pengobatan kasus malaria. Strategi intensifikasi juga dilakukan di luar kawasan Indonesia timur, termasuk daerah pertambangan dan transmigrasi.

167 Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, "Tren Kasus Malaria Menurun", *sehatNegeriku" Sehatlah Bangsaku*, pada 23 April 2021, Diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210423/3337549/tren-kasus-malaria-menurun.

Program pengendalian malaria semakin diperkuat melalui inisiatif *Malaria Free Zones*, yang menargetkan eliminasi malaria di wilayah wilayah tertentu pada 2030. Program ini berhasil menurunkan insiden malaria di beberapa wilayah, khususnya di daerah perkotaan dan kawasan yang sebelumnya memiliki angka infeksi tinggi.

Dengan diberlakukannya JKN pada tahun 2014, akses terhadap layanan kesehatan bagi pasien malaria semakin diperkuat. JKN menjamin bahwa semua individu dapat mengakses layanan pengobatan malaria tanpa hambatan finansial. Selama periode ini, pemerintah juga melaksanakan program pemberantasan malaria dengan fokus pada pengendalian vektor melalui pembagian kelambu berinsektisida dan penyemprotan insektisida di daerah rawan. Selain itu, program surveilans aktif dilakukan untuk mendeteksi kasus baru dan melakukan pengobatan segera. Pemerintah mendorong keterlibatan masyarakat dalam program pengendalian malaria melalui edukasi tentang pencegahan dan pengobatan malaria. Ini termasuk sosialisasi tentang pentingnya penggunaan kelambu dan perilaku hidup bersih serta sehat (PHBS).

Meskipun terdapat kemajuan dalam program pengendalian malaria, tantangan tetap ada, seperti stigma sosial terhadap penderita malaria, keterbatasan akses ke layanan kesehatan di daerah terpencil, serta kurangnya kesadaran masyarakat tentang pencegahan malaria. Untuk mengatasi tantangan ini, pemerintah terus berupaya meningkatkan kolaborasi dengan berbagai sektor, termasuk organisasi masyarakat sipil dan sektor swasta.

20. Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Perkembangan pola penyakit di Indonesia menunjukkan perubahan signifikan seiring berjalannya waktu. Sebelum era reformasi penyakit menular mendominasi beban kesehatan masyarakat, namun seiring dengan perkembangan tren penyakit yang mengalami pergeseran yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti peningkatan kualitas hidup, perubahan pola makan, dan gaya hidup, penyakit tidak menular mulai menunjukkan peningkatan yang signifikan. Saat ini, data menunjukkan bahwa jumlah penderita penyakit tidak menular, seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung, semakin banyak dibandingkan dengan penyakit menular. Hal ini mencerminkan fenomena global yang juga terjadi di negara lain, di mana penyakit tidak menular menjadi tantangan kesehatan yang serius.

Terdapat tantangan signifikan dalam kepatuhan pasien terhadap pengobatan, terutama pada pasien hipertensi dan diabetes di layanan kesehatan primer. Meskipun banyak yang terdiagnosis dengan kondisi tersebut melalui

skrining awal, hanya sebagian kecil yang melanjutkan pengobatan secara konsisten. Berdasarkan temuan, sekitar 50% pasien hipertensi baru mengetahui kondisi mereka saat skrining, namun hanya 5% yang secara patuh melanjutkan konsumsi obat sesuai anjuran. Dalam budaya yang ada, terdapat persepsi yang cukup santai terkait kondisi kronis seperti diabetes, di mana beberapa pasien menganggap kadar gula darah yang tinggi sebagai hal yang biasa, bahkan merasa bangga ketika menyebutkan angka tinggi tersebut. Sikap ini menunjukkan bahwa edukasi tentang urgensi pengelolaan penyakit kronis belum sepenuhnya diterima. Selain itu, ada pengaruh sosial dan budaya, seperti kebiasaan makan saat hari besar agama, yang turut berkontribusi pada peningkatan tekanan darah dan kadar gula. Hal ini menunjukkan perlunya pendekatan yang lebih tegas dari tenaga kesehatan, termasuk dokter, dalam memberikan edukasi yang lebih efektif dan memastikan kepatuhan pasien demi tercapainya hasil kesehatan yang optimal.

Dalam upaya pengendalian berbagai penyakit, penting untuk memperhatikan pendekatan yang lebih holistik, yang menekankan pentingnya kegiatan promotif dan preventif dalam menjaga kesehatan masyarakat. Meskipun sudah ada banyak perubahan dalam kepemimpinan kementerian kesehatan, prinsip-prinsip tersebut tetap relevan. Namun, dalam praktiknya, upaya promotif dan preventif masih belum menjadi fokus utama dalam program kesehatan. Hal ini berkontribusi terhadap kesulitan dalam mengendalikan penyakit, termasuk penyakit menular, yang masih menjadi tantangan besar. Oleh karena itu, ada kebutuhan mendesak untuk meningkatkan perhatian dan investasi dalam program-program promotif dan preventif agar dapat mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Pengendalian penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia selama era JKN antara 2009 hingga 2019 mengalami perkembangan signifikan. Penyakit tidak menular, seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronik, menjadi perhatian utama pemerintah mengingat tingginya prevalensi dan dampak buruknya terhadap kesehatan masyarakat. Sebelum diberlakukannya JKN pada tahun 2014, pengendalian PTM di Indonesia sudah mulai diperhatikan melalui program-program kesehatan masyarakat. Namun, upaya tersebut masih terfragmentasi dan kurang terintegrasi. Kebijakan pemerintah dalam pengendalian penyakit tidak menular (PTM) telah dirancang untuk merespon peningkatan prevalensi penyakit kronis di Indonesia, seperti hipertensi, diabetes, kanker, dan penyakit jantung. Dalam beberapa dekade terakhir, pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan berbagai kebijakan dan program untuk menangani masalah ini, yang mencakup aspek pencegahan,

pengendalian, serta peningkatan kesadaran masyarakat.

Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan langkah krusial dalam perlindungan kesehatan masyarakat di Indonesia. Kebijakan ini diamanatkan melalui UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya pada Pasal 115 ayat 2, yang mewajibkan pemerintah daerah untuk melindungi individu yang tidak merokok dari paparan asap rokok. Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan juga memperkuat kewajiban ini dengan menegaskan bahwa pemerintah daerah harus menetapkan KTR melalui peraturan daerah.

Kawasan Tanpa Rokok mencakup berbagai tempat yang sensitif terhadap paparan asap rokok, antara lain fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas, tempat proses belajar mengajar seperti sekolah, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, serta area publik lainnya yang ditentukan oleh pemerintah daerah. Penetapan KTR bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat asap rokok dengan mengurangi risiko penyakit terkait merokok. Selain itu, kebijakan ini diharapkan dapat meningkatkan produktivitas kerja, menciptakan kualitas udara yang sehat, dan mencegah perokok pemula dengan mengurangi akses serta normalisasi merokok di tempat umum, khususnya bagi anak-anak dan remaja.

Namun peraturan tersebut memicu perdebatan salah satunya pada kalangan petani. Selasa 3 Juli 2012 ribuan petani tembakau melakukan aksi unjuk rasa menolak Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Tembakau. Aksi para petani tembakau se-Jawa, Madura dan Lombok ini menyasar ke tiga titik sebagai tempat menyampaikan keresahan dan aspirasinya. Tiga titik unjuk rasa yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Hukum dan HAM, serta Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. Awal unjuk rasa dilakukan di Kementerian Kesehatan. Menurut Misrum (Petani Tembakau asal Temanggung) menyampaikan jika sikap pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan, sebenarnya besar dipengaruhi oleh kepentingan modal asing. Dalam aksi ini, demonstran membawa berbagai macam poster, bendera dan spanduk yang isinya menolak RPP Tembakau disahkan. Ribuan massa yang mendatangi lingkungan Kementerian Kesehatan diangkut dengan 103 bus pariwisata, dan beberapa naik di mobil bak terbuka.[168]

Implementasi kebijakan KTR menjadi tanggung jawab pemerintah daerah yang harus dilakukan melalui pembuatan peraturan daerah yang jelas mengenai

168 "Ribuan Petani Demo Tolak RPP Tembakau", *umm.ac.id*, pada 3 Juli 2012, diakses melalui https://www.umm.ac.id/id/nasional/ribuan-petani-demo-tolak-rpp-tembakau.html.



Foto 3.7: Massa Unjuk Rasa Demo RPP Tembakau di Lingkungan Kementerian Kesehatan, 3 Juni 2012.
Sumber: Kementerian Kesehatan RI



Foto 3.8: Pernyataan Sikap Koalisi Profesi Kesehatan Tolak World Tobacco Asia di Indonesia, September 2012.
Sumber: Koleksi Kemenkes RI

KTR, sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya kebijakan ini, serta penyediaan fasilitas pendukung seperti tempat khusus merokok jika diperlukan, sesuai dengan ketentuan hukum. Namun, tantangan dalam implementasi KTR tetap ada, termasuk kurangnya kesadaran masyarakat mengenai bahaya merokok dan pentingnya KTR, pengawasan yang lemah terhadap pelanggaran kebijakan di lapangan, serta pengaruh industri tembakau yang sering berusaha mempengaruhi kebijakan publik.[169]

21. Program-Program Menuju Masyarakat Hidup Bersih dan Sehat

a. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Meskipun terjadi penurunan angka stunting, perbaikan tidak hanya dapat dicapai melalui peningkatan gizi semata. Faktor perilaku dan lingkungan tetap

169 Diakses melalui https://kebijakankesehatanindonesia.net/19-policy-brief/policy-brief/69-kebijakan-pengendalian-tembakau-untuk-provinsi-dan-kabupatenkota-non-penghasil-rokoktembakau-di-indonesia

menjadi kunci, terutama terkait akses air bersih dan penghapusan praktik buang air besar sembarangan (BABS). Peningkatan spesifisitas dengan pemberian gizi memang membantu, tetapi tanpa peningkatan sensitivitas terhadap masalah lingkungan seperti air bersih dan sanitasi, target pengurangan stunting tidak akan tercapai secara maksimal. Hal ini terbukti, dengan lingkungan yang buruk, sulit untuk menurunkan angka stunting secara signifikan, meskipun dengan upaya keras, penurunan hingga angka 21% dianggap mungkin.

Pada periode 2015, Menteri Kesehatan Nila F. Moeloek menginisiasi kerja sama dengan Menteri PUPR Basuki Hadimuljono untuk mensinergikan pembangunan infrastruktur dengan peningkatan fasilitas kesehatan, termasuk revitalisasi Puskesmas di daerah terpencil dan perbatasan. Pada saat itu, Menteri Kesehatan menjelaskan bahwa saat itu sekitar 30 ribu desa masih mengalami kesulitan dalam mengakses air bersih dan sanitasi dasar, yang berdampak pada tingginya kasus diare, tifus, dan cacingan, serta turut meningkatkan angka kematian ibu dan balita. Untuk mengatasi hal ini, Kementerian Kesehatan meminta dukungan Kementerian PUPR dalam menyediakan akses air bersih, fasilitas sanitasi, dan sarana transportasi menuju pusat layanan kesehatan, serta penyediaan tempat tinggal bagi tenaga medis. Kementerian PUPR menyatakan komitmennya untuk mendukung dan mengintegrasikan kebutuhan ini hingga 2019, dengan prioritas pada daerah kumuh, perbatasan, dan wilayah dengan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang rendah.[170]

Upaya bersama lintas sektor berfokus pada pengajaran masyarakat dan pencapaian target-target lingkungan yang lebih baik. Misalnya, masyarakat dilibatkan dalam pembangunan infrastruktur dasar seperti akses air bersih dan pengelolaan sampah. Dengan dukungan dari World Bank, upaya ini semakin kuat ketika diambil alih oleh Wakil Presiden, dan pendekatan lintas kementerian pun mulai diterapkan. Namun, terdapat beberapa tantangan dalam implementasinya terutama terkait tanggung jawab otonomi daerah dalam menangani isu-isu sanitasi seperti BABS. Meskipun bukan pekerjaan Kementerian PUPR, daerah seharusnya lebih menyadari pentingnya sanitasi untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

b. Program Imunisasi

Pada tahun 2018, Indonesia dihadapkan pada tantangan kesehatan yang kompleks meskipun sebelumnya telah berhasil meraih sertifikasi eliminasi polio pada tahun 2016. Kejadian luar biasa *(outbreak)* polio terjadi di Yahukimo, Papua,

170 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20150108/1411779/pemenuhan-infrastruktur-dalam-meningkatkan-pembangunan-kesehatan/



Foto 3.9: Imunisasi polio pada anak-anak di Jayawijaya, Papua pada Desember 2019. Sumber: lintaspapua.com

yang menandai pentingnya program imunisasi di tengah berbagai isu yang melibatkan kehalalan vaksin, khususnya vaksin measles dan rubella. Meskipun hanya tercatat tiga kasus polio saat itu, lingkungan yang terpapar virus polio (VDPV) memerlukan mobilisasi sumber daya yang signifikan ke Papua untuk menangani situasi ini.

Kisah mengenai penanganan outbreak polio di Papua menunjukkan kompleksitas tantangan kesehatan yang dihadapi di daerah dengan kondisi sosial dan geografis yang unik. Dalam konteks ini, Komunikasi dan kolaborasi menjadi elemen kunci dalam menangani masalah ini. Melalui laporan yang disampaikan kepada ibu Menteri, tantangan yang dihadapi di Papua tidak hanya mencakup cakupan imunisasi tetapi juga isu kesehatan masyarakat secara keseluruhan, terutama setelah melihat dampak outbreak polio yang juga terjadi di Papua Nugini. Pendekatan yang diambil mencerminkan strategi proaktif, dengan menggandeng organisasi internasional seperti UNICEF dan WHO untuk mendukung upaya di lapangan.

Pembagian wilayah kerja kepada konsultan lokal untuk mengawasi distribusi vaksin di Papua mencerminkan pentingnya memahami konteks lokal dalam pelaksanaan program kesehatan. Penyimpanan vaksin di rumah sakit militer, meskipun sebelumnya ada regulasi yang membatasi, menunjukkan bahwa dalam situasi darurat, fleksibilitas dan kolaborasi antar lembaga diperlukan untuk mencapai tujuan bersama. Imunisasi tidak hanya dipandang sebagai tugas teknis, tetapi juga sebagai kegiatan yang melibatkan masyarakat secara budaya. Pendekatan ini diilustrasikan dengan upaya pengumpulan masyarakat melalui

kegiatan bakar batu, yang berhasil mendatangkan orang-orang untuk menerima imunisasi. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam program kesehatan sangat dipengaruhi oleh cara penyampaian dan pendekatan yang digunakan.

Secara keseluruhan, pengalaman ini menekankan bahwa keberhasilan dalam program kesehatan, khususnya di daerah-daerah yang menghadapi tantangan, sangat tergantung pada komunikasi yang baik dan kolaborasi yang egaliter antar berbagai pihak. Dengan demikian, semua pihak dapat berkontribusi secara optimal dalam mencapai tujuan bersama, yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat di Papua. Imunisasi menjadi fokus utama dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan ini, dan pada akhir tahun 2019, cakupan imunisasi polio di Papua mencapai lebih dari 95%. Pencapaian ini merupakan hasil dari kerja sama antara Kementerian Kesehatan, TNI, Polri, serta dukungan dari tokoh masyarakat setempat. Berbagai pendekatan, mekanisme, dan metode digunakan untuk mencapai target tersebut, meskipun tantangan seperti longsor di Sentani dan isu keamanan di beberapa daerah, seperti Lanny Jaya dan Nduga, tetap menjadi hambatan.

22. Penanggulangan Manajemen Bencana di Indonesia

Pada periode JKN hingga sebelum Pandemi melanda, penanganan bencana di Indonesia mulai beralih ke fase kesiapsiagaan. Meskipun ada kemajuan, kesiapsiagaan ini belum sepenuhnya matang dan masih menghadapi berbagai tantangan karena kebijakan yang diterapkan masih belum kokoh. Pada masa ini, kebijakan penanggulangan krisis kesehatan baru didukung oleh peraturan formal seperti Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1278/Menkes/SK/XII/2009 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Kontijensi Sektor Kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota, Permenkes No. 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, Permenkes No. 36 Tahun 2014 tentang Penilaian Kerusakan, Kerugian, dan Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan Pasca Bencana, dan Permenkes No. 77 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan yang kemudian kesemuanya dicabut dengan Permenkes Nomor 75 tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. Meski berbagai regulasi ini mulai memberikan panduan kesiapsiagaan menghadapi bencana, struktur dan kebijakan penanggulangan krisis kesehatan masih belum terintegrasi dan implementasinya masih dianggap belum sempurna. Hal ini mencerminkan bahwa masih diperlukan perbaikan sistem dan kebijakan penanggulangan krisis kesehatan agar dapat efektif dalam menghadapi krisis di masa depan.[171]

171 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan;

Setelah Tsunami Aceh, kondisi manajemen bencana kesehatan di Indonesia mengalami perbaikan yang signifikan, terutama di 38 provinsi. Penetapan status bencana di tingkat provinsi menjadi penting ketika terjadi masalah besar yang melibatkan lebih dari satu provinsi dan memerlukan dukungan dari pusat. Contohnya, bencana yang terjadi di Palu dinyatakan sebagai bencana provinsi Sulawesi Tengah, di mana pusat turut hadir untuk memberikan bantuan. Proses ini dimulai dengan permintaan dukungan dari provinsi yang terdampak, menunjukkan bahwa sistem manajemen bencana kesehatan di Indonesia kini berfokus pada kolaborasi antara pemerintah daerah dan pusat.[172]

Di tingkat pusat, kontrol terhadap situasi bencana tetap dilakukan, meskipun desentralisasi kebijakan juga diakui sebagai hal yang penting. Monitoring terhadap kejadian bencana dilakukan secara nasional, dan informasi tentang kejadian di daerah seringkali diketahui oleh pusat lebih dulu melalui berbagai sumber, seperti media sosial dan berita televisi. Hal ini menunjukkan bahwa sistem komunikasi antara pusat dan daerah berjalan dengan baik. Namun, di tingkat daerah, ada kalanya petugas kesehatan terhambat dalam memberikan respons cepat karena kesibukan mereka menghadapi situasi darurat, seperti ketika harus menghubungi puskesmas setempat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang kondisi yang terjadi.

Penanggulangan manajemen bencana di Indonesia, terutama pada tahun 2009, mengalami tantangan yang signifikan akibat berbagai bencana alam yang terjadi.Tahun 2009 mencatatkan sejumlah bencana alam besar, termasuk gempa bumi di Jawa Barat dan Sumatera Barat. Data menunjukkan bahwa bencana ini mengakibatkan 1.767 orang meninggal dunia atau hilang, 5.160 orang luka-luka, dan lebih dari 5,53 juta orang terdampak atau mengungsi. Kerugian ekonomi akibat bencana tersebut diperkirakan mencapai Rp17,13 triliun.[173]

Penanggulangan krisis kesehatan, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013, diselenggarakan dengan tiga tahapan utama, yaitu: 1) Tahap prakrisis kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas sumber daya kesehatan; 2) Tahap tanggap darurat krisis kesehatan, yang bertujuan untuk mengurangi risiko kesehatan akibat bencana; dan 3) Tahap pascakrisis kesehatan, yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi pelayanan kesehatan akibat bencana. Ketiga tahapan ini mengacu pada siklus penanggulangan bencana dengan penekanan pada upaya pencegahan krisis kesehatan dengan memperhatikan aspek pengurangan risiko bencana.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan

172 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan

173 Faridah Awaliyah, dkk., *Penanggulangan Bencana dalam Berbagai Perspektif*, (Jakarta: Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, 2019), hlm 2



Foto 3.10: Suasana Posko Kesehatan Korban Meletusnya Gunung Merapi di Kelurahan Hargobinangun, Pakem DIY, Oktober 2010. Sumber: Koleksi Kemenkes RI



Foto 3.11: Suasana Posko Kesehatan Bencana Banjir Bandang di Wasior, Papua, Oktober 2010. Sumber: Koleksi Kemenkes RI

Pemerintah Indonesia melalui Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) berperan penting dalam koordinasi penanggulangan bencana. Mereka bertanggung jawab dalam penyusunan kebijakan, pelaksanaan program mitigasi, serta pengorganisasian respons terhadap bencana.[174] Selain itu, keterlibatan masyarakat sangat penting dalam meningkatkan kesiapsiagaan dan mitigasi melalui edukasi dan pelatihan.

Pada periode ini di Indonesia terjadi beberapa bencana alam yang mengakibatkan banyak korban meninggal dunia. Pada bulan Oktober 2010

174 Moh. Ravia Nakoe dan Nur Ayini S, *Manajemen Bencana*. (Tulungagung: UD. Duta Sablon, 2022), hlm 4

Gunung Merapi di perbatasan DIY dan Jawa Tengah meletus sementara pada waktu yang hampir bersamaan di Wasior, Papua terjadi bencana banjir bandang. Keduanya mengakibatkan korban meninggal dan luka yang cukup banyak dan membutuhkan penanganan segera. Kemenkes berkolaborasi dengan BNPB dan Pemda setempat berusaha untuk segera mengimplementasikan kebijakan kesiapsiagaan terhadap bencana alam tersebut sehingga korban dengan cepat mendapatkan penanganan yang semestinya.

23. Program Penanganan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi landasan hukum utama untuk upaya kesehatan, termasuk kesehatan jiwa. Pasal 144 ayat (1) menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 6% pada usia 15 tahun ke atas, setara dengan lebih dari 14 juta orang, sementara prevalensi gangguan jiwa berat (psikosis) mencapai 1,7 per 1.000 penduduk atau lebih dari 400.000 kasus. Lebih mengkhawatirkan lagi, 14,3% atau sekitar 57.000 kasus orang dengan gangguan jiwa berat masih mengalami pemasungan. Gangguan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA juga berkaitan erat dengan perilaku membahayakan diri, termasuk kasus bunuh diri yang dilaporkan Mabes Polri sebanyak 1.170 kasus pada tahun 2012. Menghadapi situasi ini, pada periode tahun 2010 - 2019, Kementerian Kesehatan mengusung Program Indonesia Bebas Pasung untuk membebaskan penderita gangguan jiwa dari pemasungan. Data menunjukkan peningkatan signifikan kasus ODGJ yang dibebaskan dari pasung, dari 213 kasus pada 2009 menjadi 5.937 kasus yang dibebaskan dan mendapat pengobatan medik pada Desember 2014. Pemerintah juga memprioritaskan pengembangan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) dengan Puskesmas sebagai ujung tombak, bekerja sama dengan masyarakat untuk mencegah meningkatnya gangguan jiwa. Pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan akses layanan kesehatan jiwa, mengurangi stigma, dan pada akhirnya menurunkan prevalensi gangguan jiwa serta meningkatkan kualitas hidup penderita dan keluarganya.

Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa merupakan tonggak penting dalam penanganan kesehatan jiwa di Indonesia. Undang-Undang ini menetapkan beberapa kebijakan dan program prioritas, termasuk pendirian fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di setiap kabupaten/kota yang berbasis masyarakat, dengan tanggung jawab pembangunan dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Upaya kesehatan jiwa diatur secara komprehensif, meliputi

pencegahan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi masyarakat, penyediaan layanan konseling, serta rehabilitasi psikiatri dan psikososial bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Undang-Undang ini juga menekankan pentingnya pengawasan dan pengendalian terhadap fasilitas pelayanan kesehatan jiwa untuk memastikan standar pelayanan yang sesuai, dengan sanksi administratif bagi fasilitas yang tidak memenuhi standar. Melalui UU ini, Indonesia berupaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara menyeluruh, dari tingkat pencegahan hingga rehabilitasi, dengan melibatkan berbagai pihak termasuk pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta.[175]

Integrasi kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan primer sangat penting untuk mencapai derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi individu dan masyarakat. Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa telah menyebutkan bahwa upaya kesehatan jiwa dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan bersama-sama dengan lintas program dan lintas sektor melalui berbagai pendekatan, yaitu:[176] 1) Promotive, yakni upaya peningkatan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa; 2) Preventif, yakni upaya mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan mengurangi risiko gangguan jiwa, mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa, dan mencegah dampak psikososial;[177] 3) Kuratif, yaitu upaya mengobati gangguan jiwa yang sudah ada; dan 4) Rehabilitatif, yaitu upaya memulihkan individu yang telah mengalami gangguan jiwa agar dapat berfungsi kembali dalam Masyarakat.

Integrasi kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan primer adalah langkah strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan menerapkan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu, diharapkan dapat tercapai kondisi kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu dan komunitas. Upaya ini memerlukan kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, serta berbagai sektor terkait untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan jiwa.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga menetapkan 12 indikator utama untuk menilai status kesehatan keluarga, termasuk penanganan penderita gangguan jiwa. Indikator kesehatan ini bertujuan memastikan bahwa keluarga dengan anggota yang menderita

175 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.

176 Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA, *Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020,) hlm. 16.

177 Diakses melalui: https://desatepus.gunungkidulkab.go.id/first/artikel/3078-Posyandu-terintegrasi program-kesehatan-jiwa-dan-penanggulangan-bunuh-diri dan https://lamongankab.go.id/beranda/puskesmas-paciran/post/5419

gangguan jiwa berat tidak menelantarkan atau memasung penderita, serta berupaya membantu proses kesembuhannya. Hal ini mencerminkan keseriusan pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan jiwa di Indonesia yang cukup signifikan. [178]

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 mengatur bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menyediakan pelayanan dasar kesehatan bagi setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan. Layanan kesehatan jiwa untuk ODGJ berat mencakup pelayanan promotif dan preventif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa serta mencegah kekambuhan dan pemasungan. Pelayanan ini diberikan oleh perawat dan dokter di Puskesmas, yang meliputi edukasi dan evaluasi mengenai tanda dan gejala gangguan jiwa, kepatuhan dalam minum obat, informasi terkait obat, pencegahan pemasungan, serta bantuan dalam menjaga kebersihan diri ODGJ berat. Selain itu, layanan juga mencakup sosialisasi, kegiatan rumah tangga, dan aktivitas kerja sederhana. Untuk mendukung upaya promotif dan preventif ini, diperlukan materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) serta Buku Kerja yang sederhana. Dengan demikian, Peraturan ini menekankan pentingnya pendekatan holistik dalam penanganan ODGJ berat melalui pelayanan yang terintegrasi dan berbasis masyarakat.

Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza 2015-2019 menetapkan arah kebijakan dan strategi penanganan kesehatan jiwa di Indonesia selama periode tersebut. RAK bertujuan meningkatkan kesehatan jiwa dengan sasaran khusus yaitu meningkatkan akses pelayanan kesehatan jiwa, pencegahan penyalahgunaan napza, serta kesehatan jiwa anak dan remaja. Sasaran utama meliputi peningkatan akses pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas, pencegahan penyalahgunaan napza di Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL), dan pengendalian masalah kesehatan jiwa di sekolah. Indikator yang ditargetkan adalah 280 kabupaten/kota memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan layanan kesehatan jiwa, 200 kabupaten/kota dengan IPWL untuk pencegahan penyalahgunaan NAPZA, dan 34 provinsi dengan upaya kesehatan jiwa di 30% SMA atau setara. Pelaksanaan program ini membutuhkan dukungan lintas program dan sektor dengan koordinasi yang berkesinambungan agar tujuan dan target tercapai.[179] Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015

178 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

179 Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2015-2019*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2015).

tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Dokumen ini memasukkan upaya peningkatan kesehatan jiwa masyarakat sebagai salah satu target strategis Kementerian Kesehatan.

24. Peningkatan Kesadaran Masyarakat Melalui Penguatan Promosi Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan bahwa upaya kesehatan dilaksanakan dalam bentuk pelayanan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menegaskan bahwa manfaat jaminan kesehatan mencakup layanan kesehatan individu, termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang berperan penting dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Program ini menyediakan berbagai layanan kesehatan, termasuk promosi kesehatan dan upaya pencegahan penyakit.

Periode 2016-2018 menandai penguatan kembali fokus pada Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia. Upaya ini menjadi lebih komprehensif dengan mengintegrasikan konsep *Social Determinants of Health and Behavior Change Communication* (BCC). Pendekatan ini menekankan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosial dan lingkungan, serta pentingnya mengenali faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Melalui penguatan program-program yang berhubungan dengan PTM, perhatian difokuskan pada cara-cara untuk mengatasi masalah kesehatan yang lebih luas, yang mencakup tidak hanya aspek medis tetapi juga konteks sosial di mana individu hidup. Dengan menerapkan BCC, komunikasi tentang perubahan perilaku menjadi alat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pencegahan PTM. Ini menciptakan pola baru dalam pendekatan kesehatan yang lebih berorientasi pada upaya pencegahan dan penguatan perilaku sehat di kalangan masyarakat.

Masyarakat secara umum menyadari pentingnya kegiatan promotif dan preventif dalam menjaga kesehatan, tetapi informasi tentang hal ini belum sepenuhnya sampai kepada mereka, termasuk kepada para pembuat kebijakan. Akibatnya, pembangunan infrastruktur kesehatan seperti rumah sakit seringkali lebih mendapatkan perhatian dibandingkan dengan investasi dalam fasilitas kesehatan dasar, seperti penyediaan jamban atau sumber air bersih. Dalam

pandangan masyarakat, pembangunan rumah sakit dianggap sebagai pencapaian yang lebih signifikan daripada inisiatif yang mungkin kurang terlihat, tetapi lebih mendasar dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Misalnya, dalam konteks pembangunan ibu kota Nusantara, fokus media cenderung pada pencapaian seperti pembangunan rumah sakit, yang seolah-olah menyelesaikan masalah kesehatan, tanpa mempertimbangkan faktor-faktor lain yang juga krusial, seperti perubahan ekosistem akibat pembangunan. Oleh karena itu, diperlukan perubahan persepsi di kalangan pemimpin dan pembuat kebijakan, yang harus menyadari bahwa kesehatan masyarakat tidak hanya bergantung pada infrastruktur medis, tetapi juga pada kondisi lingkungan dan pola hidup yang mendukung kesehatan secara holistik.

25. Penguatan Sistem Kesehatan

Penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai harus diimbangi dengan kehadiran tenaga medis yang kompeten dan terlatih untuk memastikan efektivitas layanan kesehatan. Tanpa staf yang memiliki keterampilan dan pengetahuan yang cukup, alat-alat modern tidak dapat dimanfaatkan secara optimal. Oleh karena itu, pengembangan program pelatihan bagi tenaga kesehatan perlu menjadi prioritas. Dalam rangka mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penting untuk memastikan akses layanan kesehatan yang merata di semua wilayah, baik perkotaan maupun pedesaan, di mana daerah terpencil sering kali mengalami kekurangan sumber daya. Strategi holistik diperlukan untuk meningkatkan kesetaraan akses, termasuk pengembangan infrastruktur, distribusi tenaga medis yang adil, dan pengadaan alat serta obat-obatan esensial. Dengan pendekatan yang komprehensif, diharapkan pelayanan kesehatan dapat berfungsi optimal dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, sambil juga meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka.

Pelayanan kesehatan harus mencakup berbagai aspek, termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, untuk mencapai equity yang sesungguhnya. Pertama, penting untuk diingat bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan tidak hanya berarti memungkinkan masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan secara gratis, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat. Kedua, mutu pelayanan kesehatan harus menjadi fokus utama; keberadaan fasilitas saja tidak cukup jika tidak ada jaminan bahwa layanan yang diberikan berkualitas dan dapat digunakan secara efektif. Misalnya, fasilitas kesehatan yang tidak berfungsi atau tidak dimanfaatkan dengan baik akan mengurangi potensi peningkatan kesehatan masyarakat.

E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan

Pada Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, menyebutkan bahwa salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.[180] Di dalamnya ada suatu cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar seluruh peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pada Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 19 tahun 2016 tentang perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, menegaskan kembali bahwa dalam program JKN, peserta diberikan jaminan dalam bentuk pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk didalamnya adalah obat dan alat kesehatan.[181] Baik dari Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah harus bertanggung jawab atas ketersediaan obat dan alat kesehatan dalam pelayanan kesehatan sebagaimana yang diatur dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.

Salah satu subsistem JKN adalah ketersediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, tentunya obat menjadi komponen yang penting karena obat sangat penting dalam upaya pelayanan kesehatan. Subsistem ini melibatkan 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 obat yang tidak sehat; dan melindungi masyarakat dari penyalahgunaan obat.[182]

Hingga tahun 2009, ketersediaan dan distribusi obat serta perbekalan kesehatan di Indonesia mengalami peningkatan, meskipun masih ada tantangan terkait keterjangkauan, penggunaan, kualitas obat, dan pengawasan obat serta makanan yang belum sepenuhnya optimal. Di tingkat puskesmas, ketersediaan obat esensial telah mencapai lebih dari 80%. Pada akhir tahun tersebut, tercatat sekitar 16.000 jenis obat yang terdaftar, dengan 400 di antaranya masuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), termasuk obat generik esensial.[183]

180 Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
181 Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
182 Raharni, dkk., "Kemandirian dan Ketersediaan Obat Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Kebijakan, Harga dan Produksi Obat", *Media Litbangkes*, Vol. 28 No. 4, Desember 2018, hlm 220.
183 Kementerian Kesehatan RI, "*Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia, 1973-2012* (edisi revisi)",

Indonesia juga mulai memproduksi vaksin untuk memenuhi kebutuhan dalam negeri dan ekspor. Obat tradisional tetap digunakan secara luas, terutama di pedesaan, dengan dukungan dari industri obat tradisional yang berkembang. Sebanyak 9.600 jenis tanaman obat tersedia, dan 300 di antaranya telah diolah sebagai bahan baku industri. Pemerintah mengeluarkan kebijakan pengaturan harga obat esensial untuk menjaga keterjangkauan, sementara harga obat di sektor swasta diatur oleh mekanisme pasar. Meskipun sebagian besar harga obat di Indonesia sejalan dengan harga rata-rata internasional, ketergantungan pada impor bahan baku obat yang mencapai 80-85% menimbulkan risiko fluktuasi harga.[184]

Terdapat 8 program pembangunan kesehatan dengan fokus prioritas yang salah satunya yaitu peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu dan penggunaan obat serta pengawasan obat dan makanan.

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Penyediaan produk farmasi dan alat kesehatan juga diatur oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang menggantikan UU Nomor 23 tahun 1992.[185] UU Nomor 36 tahun 2009 menyatakan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan produk farmasi serta alat kesehatan bagi masyarakat. Salah satu faktor kebijakan yang berdampak besar pada sistem kesehatan di Indonesia adalah pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional yang dimulai pada tahun 2014. Kebijakan ini telah memberikan pengaruh signifikan terhadap cara penyediaan dan pelayanan produk farmasi dan alat kesehatan. Rantai pasokan untuk produk farmasi dan alat kesehatan melibatkan serangkaian proses yang mencakup pemilihan, perencanaan, pengadaan, distribusi, serta penggunaan, diikuti dengan monitoring dan evaluasi, yang kemudian berulang dalam suatu siklus.[186]

2. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian

Pada tahun 2009 pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 yang mengatur tentang pekerjaan kefarmasian di Indonesia. Peraturan ini ditetapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian

(Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012), hlm. 395

184 Kementerian Kesehatan RI, *ibid*.,hlm 401.

185 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

186 Nanang Yunarto, dkk. "Mengurai Program dan Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan" *Dokumen Rekomendasi Kebijakan*, Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan, diakses melalui https://simplek.bkpk.kemkes.go.id/repositori/detail/292

dan memastikan bahwa pengadaan, produksi, distribusi, dan pelayanan sediaan farmasi dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Tujuannya adalah untuk memberikan landasan hukum yang jelas bagi pelaksanaan pekerjaan kefarmasian di Indonesia. Pekerjaan kefarmasian mencakup berbagai aspek, antara lain: proses pengadaan obat dan produk kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kefarmasian yang berwenang, memastikan bahwa produksi obat dilakukan dengan memperhatikan standar mutu dan keamanan, pengaturan mengenai bagaimana obat didistribusikan kepada masyarakat melalui berbagai saluran, termasuk apotek dan fasilitas kesehatan lainnya, Pelayanan yang diberikan kepada pasien berdasarkan resep dokter serta informasi terkait obat. Tenaga kefarmasian yang terlibat dalam pekerjaan ini harus memiliki kompetensi dan keahlian yang sesuai. Mereka harus memiliki izin praktik yang sah, seperti Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) atau Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK).[187]

3. UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sejak tahun 2008, sebanyak 76,4 juta penduduk miskin dan hampir miskin di Indonesia telah dilindungi oleh program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pada tahun 2010, sekitar 59,1% dari total penduduk Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan, sementara 40,9% lainnya masih belum terlindungi. Pada tahun 2011, jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan meningkat menjadi 36,9%. Pemerintah berharap seluruh rakyat Indonesia akan memiliki jaminan kesehatan, sejalan dengan pelaksanaan Undang-Undang No. 25 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), yang bertujuan untuk memberikan cakupan jaminan kesehatan bagi semua warga.[188] Terkait Kebijakan Industri Obat dan Alat Kesehatan dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, adalah landasan hukum yang penting untuk pengelolaan jaminan sosial kesehatan di Indonesia. Dalam konteks industri obat dan alat kesehatan, UU ini memiliki beberapa implikasi dan kebijakan yang signifikan:

a. Tujuan dan Ruang Lingkup

UU No. 24/2011 bertujuan untuk memberikan jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia, termasuk dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Ini mencakup penyediaan obat dan alat kesehatan yang

187 Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009.
188 Broto Wasisto, *op.cit.*, hlm. 335.

diperlukan dalam pelayanan kesehatan.

b. Pengaturan Pengadaan Obat dan Alat Kesehatan

Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, BPJS Kesehatan berperan sebagai pengelola dana dan penyedia layanan kesehatan, yang mencakup pengadaan obat dan alat kesehatan. UU ini menekankan pentingnya ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standar mutu, keamanan, dan efektivitas. UU No. 24/2011 menetapkan BPJS sebagai lembaga yang bertanggung jawab untuk menjamin akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, termasuk penyediaan obat dan alat kesehatan.[189] Dengan adanya BPJS, masyarakat, terutama yang terdaftar sebagai peserta JKN, mendapatkan akses yang lebih baik terhadap obat-obatan yang diperlukan untuk pengobatan. Dalam menjamin ketersediaan obat, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk memastikan bahwa obat-obatan esensial tersedia di puskesmas dan rumah sakit. Hal ini mencakup pengadaan melalui sistem e-katalog yang memprioritaskan produk dalam negeri.

Sebenarnya Pengaturan pengadaan obat dan alat kesehatan di dalam UU No. 24 Tahun 2011 tidak terlalu dijelaskan secara secara eksplisit di bagian yang tersedia. Namun, dalam Pasal 51, BPJS diperbolehkan bekerja sama dengan lembaga pemerintah dan organisasi lainnya untuk meningkatkan kualitas layanan jaminan sosial, yang dapat mencakup pengadaan obat dan alat kesehatan.

c. Kerjasama dengan Penyedia Layanan Kesehatan

UU ini mendorong kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit dan apotek, untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan akses terhadap obat-obatan yang diperlukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sesuai dengan pasal 11 pada UU No. 24 Tahun 2011, pada bagian (d), BPJS memiliki wewenang untuk membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit, dalam hal menentukan struktur pembayaran berdasarkan standar yang ditetapkan oleh pemerintah. Kemudian pada bagian (e) menyatakan bahwa BPJS dapat membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; dan (h) dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Ini mencakup penggunaan produk dalam negeri melalui sistem pengadaan berbasis elektronik seperti e-katalog.

189 UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

4. E-katalog dan E-planning

E-katalog kesehatan dan farmasi awalnya dibuat untuk mengatasi keterbatasan dalam memilih alat kesehatan yang sesuai kebutuhan fasilitas kesehatan, tanpa harus hanya berpatokan pada harga terendah yang dapat mempengaruhi kualitas. Sebelumnya, sistem e-katalog hanya diterapkan untuk barang-barang umum, bukan alat kesehatan. E-katalog khusus alat kesehatan dibuat agar harga dan spesifikasi alat kesehatan bisa ditentukan dan disesuaikan dengan kebutuhan fasilitas, memberikan lebih banyak pilihan serta keamanan dalam pengadaan untuk rumah sakit dan dinas kesehatan. Implementasi sistem e-katalog untuk pengadaan obat dan alkes bertujuan untuk mempermudah akses bagi fasilitas kesehatan dalam memilih produk yang berkualitas dengan harga yang kompetitif.[190]

Dalam upaya meningkatkan efisiensi dan transparansi dalam pengadaan barang dan jasa, terutama di tingkat pemerintahan, muncul inisiatif untuk menerapkan sistem *e-planning*. Pengalaman Dr. dr. Supriyantoro, Sp. P MARS menunjukkan bahwa perencanaan pengadaan di beberapa dinas sering kali tidak terstruktur dengan baik. Kepala Dinas Substansi seringkali tidak mengetahui adanya pengadaan yang sedang berlangsung, dan terkadang langsung melompat ke tahap pelaksanaan tanpa koordinasi yang jelas. Menyadari pentingnya kolaborasi antara kabupaten/kota dan provinsi, saya mengusulkan agar semua pengadaan harus melalui persetujuan provinsi. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa tidak ada pengadaan yang dilakukan tanpa pengetahuan dan persetujuan dari pihak provinsi. Setelah diskusi dan evaluasi, diputuskan untuk membuat edaran yang mewajibkan semua pengadaan di tingkat kabupaten/kota melalui provinsi. Dari sinilah lahir sistem *e-planning*, sebuah platform yang memungkinkan semua kebutuhan yang diusulkan oleh kabupaten untuk dikirim ke provinsi.

Dengan e-planning, Kementerian Kesehatan dapat menjalin jaringan antar 34 provinsi, sehingga setiap usulan dapat dievaluasi dan diprioritaskan secara bersama-sama. Sistem ini tidak hanya mempermudah proses perencanaan, tetapi juga membagi tanggung jawab antara Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah. Dengan cara ini, Kementerian Kesehatan dapat lebih fokus pada penyeleksian prioritas dari usulan yang datang dari provinsi, sehingga beban kerja menjadi lebih ringan.[191] E-planning telah dikembangkan sebagai sistem informasi perencanaan pembangunan daerah untuk meningkatkan efisiensi

190 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro, Sp. P MARS, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

191 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro, Sp. P MARS, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

dan transparansi dalam perencanaan pembangunan. Implementasi e-planning telah membantu Bappeda dan SKPD dalam merumuskan rencana kerja sesuai dengan usulan musrenbang, menyusun indikator kinerja terukur, serta publikasi dokumen perencanaan ke tingkat provinsi maupun pusat. Sistem ini juga mempercepat proses perencanaan pembangunan daerah dengan integrasi data yang akurat.[192]

5. Peningkatan Kualitas Produk Medis

UU No. 24/2011 juga mendorong peningkatan kualitas produk medis melalui regulasi yang ketat terhadap industri farmasi dan alat kesehatan. Hal ini dilakukan dengan cara menetapkan standar yang harus dipenuhi oleh produsen obat dan alat kesehatan untuk dapat berpartisipasi dalam program JKN. Dalam Pasal 51, UU No.24/2011, BPJS dapat bekerja sama dengan organisasi, baik dalam negeri maupun luar negeri, untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan program jaminan sosial, yang juga dapat mencakup peningkatan kualitas produk medis.

6. Perubahan Kebijakan

1) Peningkatan Akses terhadap Obat:

- Dengan adanya UU ini, ada dorongan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap obat-obatan melalui pengadaan yang lebih efisien dan transparan. Pasal 11(d): BPJS berwenang membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan terkait besar pembayaran yang merujuk pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah. Dalam konteks ini, BPJS juga berwenang dalam memastikan layanan kesehatan, termasuk obat-obatan, dapat diakses oleh peserta sesuai dengan standar yang berlaku.

2) Fokus pada Produk Dalam Negeri:

- Kebijakan ini mendorong penggunaan produk lokal dalam pengadaan obat dan alat kesehatan, sejalan dengan upaya pemerintah untuk meningkatkan kemandirian industri farmasi di Indonesia. Pasal 51(2): BPJS dapat bekerja sama dengan organisasi atau lembaga lain, baik di dalam maupun di luar negeri, dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial. Ini membuka peluang untuk bekerja sama dalam penggunaan produk dalam negeri, termasuk obat-obatan dan alat kesehatan. Selain itu, kebijakan fokus pada produk dalam negeri lebih sering ditentukan melalui Peraturan Presiden atau Peraturan Menteri Kesehatan yang melengkapi UU BPJS. Pasal ini

192 "Sistem Informasi Perencanaan Pembangunan Daerah: E-Planning", (2021), *integraindonesia.co.id*, diakses melalui https://www.integraindonesia.co.id/e-planning/ pada 14 Oktober 2024.

memungkinkan BPJS untuk bekerja sama dengan pihak-pihak dalam negeri untuk mengutamakan penggunaan produk lokal.

3) Regulasi Terhadap Standar Kualitas:

- UU ini mengharuskan adanya regulasi yang ketat mengenai kualitas obat dan alat kesehatan yang disediakan melalui program JKN, sehingga masyarakat dapat terjamin akan keamanan dan efektivitas produk yang digunakan. Meskipun tidak ada pasal yang secara spesifik menyebutkan obat dalam negeri atau standar kualitas obat, BPJS diberi wewenang dan tanggung jawab untuk bekerja sama dengan berbagai pihak dalam hal penyelenggaraan layanan kesehatan, yang mencakup aspek pengadaan dan kualitas obat-obatan.
- Pasal 51(1): BPJS diharuskan bekerja sama dengan lembaga pemerintah untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan program jaminan sosial, termasuk standar kualitas obat dan alat kesehatan

Pada tahun 2011, penggunaan obat generik di Indonesia menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan, yaitu mencapai 96,7% di Puskesmas dan 66,5% di rumah sakit. Obat generik memiliki peran strategis dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan nasional. Untuk mendukung hal ini, Kementerian Kesehatan melakukan reposisi dan revitalisasi obat generik, dengan menekankan pada keunggulan kualitasnya. Langkah ini bertujuan agar tenaga kesehatan dan masyarakat lebih memahami keunggulan obat generik, baik dari segi mutu maupun harga, sehingga dapat mendorong peningkatan penggunaan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan. Contoh dukungan untuk memenuhi bahan baku obat antara lain telah dilakukan pengembangan teknologi dan perkebunan Artemisia annua seluas 2 Ha dengan melibatkan lintas sektor yang terkait. Harapan dari kegiatan ini adalah tercapainya kemandirian penyediaan bahan baku obat artemisia. [193]

UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS memberikan kerangka hukum yang penting untuk pengelolaan jaminan sosial kesehatan di Indonesia, termasuk dalam aspek penyediaan obat dan alat kesehatan. Dengan penekanan pada peningkatan akses, kualitas produk medis, dan penggunaan produk dalam negeri, kebijakan ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau.

7. Penggunaan E-Purchasing

Peraturan Presiden No. 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa

193 Broto Wasisto, *op.cit.*, hlm. 336.

Pemerintah telah diubah dengan Perpres No. 12 Tahun 2021. Peraturan ini mengatur bahwa pengadaan barang/jasa pemerintah harus dilakukan secara elektronik melalui sistem e-purchasing dan e-katalog. E-katalog adalah sistem informasi elektronik yang memuat informasi berupa daftar, jenis, spesifikasi teknis, Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN), produk dalam negeri, produk Standar Nasional Indonesia (SNI), produk industri hijau, negara asal, harga dan informasi lainnya dari berbagai penyedia barang/jasa. E-purchasing adalah tata cara pembelian barang/jasa melalui sistem e-katalog yang diselenggarakan dan dikembangkan oleh Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP). E-purchasing bertujuan untuk mempermudah proses seleksi dan pembelian barang/jasa dengan efisiensi biaya dan waktu. Perlu dipahami bahwa pengadaan barang dan jasa pemerintah harus mengikuti ketentuan yang diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) tentang pengadaan barang dan jasa. Semua proses pengadaan ini terfokus pada sektor pemerintah, yang berarti bahwa hanya instansi pemerintah, seperti rumah sakit pemerintah, Dinas Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan, yang dapat memanfaatkan sistem ini.[194]

Kesuksesan implementasi Program JKN tidak dapat dilepaskan dari pengadaan dan distribusi obat ke fasilitas pelayanan kesehatan guna memenuhi kebutuhan pasien. Salah satu kebijakan yang diterapkan melalui sistem *e-Procurement* di bawah LKPP. Penerapan sistem *e-Procurement* untuk pengadaan obat program JKN diharapkan dapat mempercepat pengadaan dan pembelian obat. Untuk membantu fasilitas kesehatan mendapatkan obat-obatan yang lebih murah, pemerintah membuat katalog obat di platform e-Katalog di bawah LKPP, dengan perusahaan farmasi mengajukan penawaran harga obat yang kompetitif.[195]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN mencakup berbagai aspek penting terkait pengadaan obat, termasuk penggunaan sistem *e-purchasing. E-purchasing* diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas dalam proses pengadaan obat bagi fasilitas kesehatan yang melayani pasien JKN. Dengan menggunakan sistem elektronik, diharapkan proses pengadaan menjadi lebih cepat dan terjangkau. Dalam rangka mendukung e-purchasing, pemerintah mengembangkan katalog elektronik yang memuat informasi tentang obat-obatan yang tersedia beserta harga yang kompetitif. Katalog ini dikelola oleh LKPP.

194 Wawancara dengan Engko Sosialine Magdalene, Apt., M.Biomed, Dirjen Farmalkes Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2022 pada 20 September 2024.

195 Prastuti Soewondo, dkk, *Kajian Kebijakan Pengadaan (E-Procurement) Obat Nasional Tahun 2014-2019*, (Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2021). hlm 1-2.

8. Implementasi E-Purchasing

- Akses untuk Fasilitas Kesehatan Swasta: Mulai tahun 2018, fasilitas kesehatan swasta yang berpartisipasi dalam program JKN diberikan akses untuk melakukan pembelian obat melalui sistem e-purchasing. Ini merupakan terobosan penting karena sebelumnya pengadaan obat hanya diperuntukkan bagi sektor pemerintah.
- Proses Pembelian: Fasilitas kesehatan swasta harus memiliki akun SPSE (Sistem Pengadaan Secara Elektronik) untuk dapat menggunakan aplikasi e-purchasing. Proses ini memungkinkan rumah sakit, klinik, dan apotek swasta untuk membeli obat dengan cara yang sama seperti fasilitas kesehatan pemerintah.

Manfaat E-Purchasing salah satunya yaitu Pengurangan Biaya. Dengan adanya e-purchasing, rumah sakit pemerintah dapat membeli obat dengan harga yang lebih rendah dibandingkan dengan harga reguler di pasaran. Hal ini dapat menurunkan biaya pengadaan obat hingga 70%. Selain itu, sistem ini memberikan transparansi dalam harga obat, sehingga mengurangi potensi penyalahgunaan dalam proses pengadaan.

Sebelumnya, proses pengadaan obat dimulai dengan pembuatan RKO (Rencana Kebutuhan Obat) yang menentukan kebutuhan obat yang diperlukan. Namun, sekarang sistemnya telah berubah. Setelah RKO disiapkan, semua industri farmasi yang memiliki produk yang telah mendapatkan izin edar diundang untuk mengajukan penawaran harga obat secara nasional. Penawaran harga obat dilakukan melalui lelang nasional untuk memastikan harga yang kompetitif. Setelah lelang, produk yang telah terpilih ditayangkan di katalog elektronik. Fasilitas kesehatan dapat membeli obat dengan mengklik produk yang ada di katalog. Harga obat dibagi menjadi empat regional untuk mempertimbangkan biaya distribusi yang berbeda-beda di setiap wilayah. Misalnya, biaya distribusi ke Maluku mungkin lebih tinggi dibandingkan dengan Jawa. Mulai tahun 2018 fasilitas kesehatan swasta yang berpartisipasi dalam program JKN diberi akses untuk melakukan pembelian obat melalui sistem e-purchasing. Untuk menggunakan aplikasi e-purchasing, fasilitas kesehatan swasta harus memiliki akun SPSE dan SIRUP. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, transparansi, dan kesetaraan dalam proses pengadaan obat.[196]

Tantangan dalam Implementasi e-purchasing yaitu adanya Keterbatasan Teknologi. Tidak semua fasilitas kesehatan memiliki infrastruktur teknologi informasi yang memadai untuk mendukung sistem e-purchasing. Selain itu

196 Prastuti Soewondo, dkk, *ibid*.

Ketersediaan Obat juga menjadi tantangan implementasi, meskipun sistem ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan obat, masih ada tantangan dalam memastikan bahwa semua jenis obat tersedia dalam katalog elektronik.

Implementasi *e-purchasing* didukung oleh berbagai lembaga seperti KPK, LKPP, BPK (Badan Pemeriksa Keuangan), dan BPKP (Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan). Dukungan ini penting untuk memastikan bahwa perubahan regulasi dapat diimplementasikan dengan baik dan efektif. Sebelumnya, e-purchasing hanya diterapkan untuk obat-obatan. Namun, saat ini alat kesehatan juga telah dimasukkan dalam sistem e-purchasing. Rumah sakit swasta kini dapat mengakses alat kesehatan melalui katalog elektronik yang sama dengan fasilitas kesehatan pemerintah. Pengadaan alat kesehatan melalui e-purchasing memberikan kesempatan kepada rumah sakit swasta untuk melakukan pembelian secara elektronik, sehingga mereka dapat bersaing dengan rumah sakit pemerintah dalam hal harga dan ketersediaan.

Penggunaan e-purchasing dalam Program JKN melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 merupakan langkah penting menuju peningkatan efisiensi dan transparansi dalam pengadaan obat di Indonesia. Dengan memberikan akses kepada fasilitas kesehatan swasta untuk membeli obat secara elektronik, kebijakan ini bertujuan untuk memastikan aksesibilitas obat bagi semua pasien yang terdaftar dalam program JKN.

9. Pengadaan dan Distribusi Vaksin

1) Pengembangan konsorsium riset vaksin di Indonesia dimulai pada 2011 dengan pembentukan Forum Riset Vaksin Nasional (FRVN) yang melibatkan lembaga penelitian (Litbangkes), universitas (UI, UGM, ITB, Universitas Airlangga), industri (PT Bio Farma)[197], dan pemerintah (Kemenristek, Kemenkes). Konsorsium ini bertujuan mempercepat pengembangan vaksin nasional, seperti vaksin Hepatitis B, DBD, Malaria, hingga Vaksin Merah Putih. Sejak 2020, pengembangan vaksin COVID-19 semakin memperkuat

197 PT Bio Farma, didirikan pada 6 Agustus 1890 sebagai Parc Vaccinogene, memiliki sejarah panjang dalam pengembangan vaksin yang signifikan bagi kesehatan masyarakat Indonesia. Sejak berganti nama menjadi PT Bio Farma (Persero) pada 1997 dan dipimpin oleh Honesti Basyir sejak 2019, perusahaan ini berkomitmen untuk melakukan penelitian dan pengembangan vaksin, termasuk Vaksin Rotavirus dan Sabin Inactivated Polio Vaccine (SIPV), sesuai standar WHO. Melalui Forum Riset Vaksin Nasional yang dibentuk pada 2011, Bio Farma mendorong kolaborasi antara industri, pemerintah, dan akademisi untuk inovasi vaksin yang aman dan efektif. Dengan pra-kualifikasi untuk 12 jenis vaksin yang diekspor ke lebih dari 130 negara, serta peluncuran vaksin pentavalent pada 2013, Bio Farma aktif memperluas pasar internasional melalui kerjasama dengan organisasi seperti UNICEF dan GAVI, berupaya menjadi pemimpin dalam industri vaksin global. baca selengkapnya di Koran Kompas, edisi 16 Juli 2021, "*Bio Farma: Pilar Pengembangan Vaksin di Indonesia*".

kolaborasi dengan mitra internasional seperti Baylor College of Medicine. Namun, beberapa riset vaksin mengalami kendala, seperti pembuatan vaksin malaria berbasis tanaman Artemisia annua oleh B2P2TOOT Tawangmangu, yang terhambat akibat lemahnya koordinasi lintas sektor. Upaya menanam Artemisia di Indonesia gagal karena sektor pertanian lebih fokus pada tanaman pangan. Kendala ini mencerminkan tantangan umum dalam riset vaksin nasional, yaitu koordinasi lintas lembaga, pengadaan bahan baku, serta dukungan kebijakan yang belum sepenuhnya terintegrasi.[198]

2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016 mengatur berbagai aspek penting terkait penyediaan farmasi, alat kesehatan, dan obat-obatan, termasuk vaksin, khususnya dalam konteks pelayanan kefarmasian di tingkat Kabupaten/Kota. Beberapa poin penting yang diatur yaitu

- Pemilihan Jenis Obat dan Vaksin: Pemilihan jenis obat dan vaksin harus mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional (Fornas). Jika obat atau bahan medis habis pakai (BMHP) yang dibutuhkan tidak tercantum dalam daftar tersebut, dapat digunakan obat lain termasuk obat tradisional, herbal terstandar, dan fitofarmaka, dengan persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- Penyediaan Obat dan Vaksin: Penyediaan obat dan BMHP dilaksanakan sesuai dengan peraturan pengadaan barang/jasa pemerintah, termasuk menggunakan mekanisme e-purchasing. Jika obat atau BMHP yang dibutuhkan belum tersedia dalam e-katalog, penyediaannya dapat dilakukan sesuai peraturan pengadaan barang/jasa yang berlaku .
- Pengaturan cold chain (rantai dingin) untuk penyimpanan vaksin menjadi aspek penting, dengan sarana penyimpanan vaksin diatur agar suhunya stabil antara +2°C hingga +8°C. Beberapa alat yang digunakan untuk transportasi dan penyimpanan vaksin termasuk cold box, reusable cool box, dan vaccine carrier .
- DAK untuk vaksin: Dana Alokasi Khusus (DAK) juga digunakan untuk penyediaan obat generik dan vaksin, serta untuk memenuhi kekurangan obat dan vaksin, termasuk reagen dan BMHP program Kementerian Kesehatan .

198 "Menuju Implementasi Hasil Riset Vaksin" pada 25 November 2015, diakses melalui https://www.biofarma.co.id/en/latest-news/detail/menuju-implementasi-hasil-riset-vaksin ;

Dengan regulasi ini, diharapkan agar penyediaan obat serta vaksin dapat dilakukan secara efisien dan merata di seluruh daerah, terutama dalam rangka mendukung program kesehatan nasional.[199]

10. Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan merupakan langkah strategis pemerintah Indonesia untuk memperkuat kemandirian industri kesehatan dalam negeri. Berikut adalah penjelasan mengenai isi Inpres tersebut dan dampaknya terhadap industri obat dan alat kesehatan:

Inpres ini bertujuan untuk:
Inpres ini bertujuan untuk memastikan kemandirian dan daya saing industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri dengan langkah-langkah strategis untuk mempercepat pengembangannya. Hal ini dilakukan sebagai bagian dari upaya pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam rangka JKN.

- Mendorong pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan di Indonesia.
- Memfasilitasi riset dan pengembangan (R&D) dalam bidang biopharmaceutical, vaksin, dan bahan baku obat (Active Pharmaceutical Ingredients/API).
- Meningkatkan penggunaan produk sediaan farmasi dan alat kesehatan dalam negeri melalui sistem pengadaan berbasis elektronik seperti *e-tendering* dan *e-purchasing*.

Inpres ini memberikan instruksi kepada berbagai menteri untuk:

- Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi:
  - Mengkoordinasikan litbang farmasi dan alat kesehatan yang berorientasi pada kebutuhan, dan
  - Memperkuat kapasitas riset farmasi dan alat kesehatan melalui pengembangan sumber daya manusia dan infrastruktur.
- Menteri Perdagangan:
  - Merumuskan kebijakan perdagangan untuk mendukung industri farmasi dan alat kesehatan, dan
  - Mendorong ekspor produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.
- Menteri Kesehatan:
  - Menyusun rencana aksi pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan, serta mengembangkan sistem data yang terintegrasi untuk kebutuhan produksi dan distribusi.

199 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 82 Tahun 2015.

    - Memfasilitasi pengembangan industri biopharmaceutical, vaksin, dan bahan baku kimia obat.
    - Memprioritaskan penggunaan produk dalam negeri melalui e-tendering dan e-purchasing berbasis e-katalog
    - Mengembangkan sistem informasi terpadu untuk industri farmasi dan kesehatan
- Menteri Keuangan: Merumuskan kebijakan insentif fiskal untuk mendukung pertumbuhan industri farmasi dan alat kesehatan.
- Menteri Perindustrian:
    - Menetapkan kebijakan yang mendukung pengembangan industri ini, termasuk monitoring implementasi Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN).
    - Menetapkan kebijakan yang mendukung pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan
    - Meningkatkan ketersediaan bahan baku farmasi dan alat kesehatan.
- Menteri BUMN: Meningkatkan kemampuan BUMN di sektor farmasi dan alat kesehatan. BUMN meningkatkan kemampuan badan usaha milik negara industri farmasi dan alat kesehatan untuk melakukan pengembangan biopharmaceutical, vaksin, natural, Active Pharmaceutical Ingredients (API) kimia dan alat kesehatan.
- Kepala BKPM:
    - Merumuskan kebijakan yang mendorong investasi di sektor ini.
    - Memfasilitasi kerjasama investasi pada sektor industri farmasi dan alat kesehatan antara industri dalam negeri dan luar negeri

11. Dampak Inpres terhadap Industri Obat dan Alat Kesehatan

Inpres ini diharapkan dapat:

- Mendorong peningkatan produksi bahan baku dan alat kesehatan dalam negeri, dengan fokus pada pengembangan teknologi seperti biopharmaceutical dan vaksin.
- Memberikan Instruksi untuk menggunakan e-katalog dan memprioritaskan produk dalam negeri membantu mempercepat pengadaan produk farmasi domestik, mendukung kemandirian ekonomi di sektor ini.
- Mendorong peningkatan ekspor produk farmasi dalam negeri melalui fasilitasi kerjasama investasi antara pelaku industri dalam negeri dan luar negeri.
- Memperkuat kemandirian industri farmasi dengan mengurangi ketergantungan pada produk impor.

- Meningkatkan kualitas produk dalam negeri melalui investasi dalam riset dan pengembangan.
- Memperluas akses masyarakat terhadap obat-obatan dan alat kesehatan yang lebih terjangkau.

Inpres Nomor 6 Tahun 2016 menjadi landasan penting bagi pengembangan industri obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dengan instruksi yang jelas kepada berbagai kementerian, diharapkan dapat memperkuat kemandirian sektor kesehatan, meningkatkan kualitas produk lokal, serta memastikan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih baik.

12. Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga[200]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2017 ditetapkan pada tanggal 29 Desember 2017 dan diundangkan pada 12 Januari 2018. Peraturan ini mengatur tentang izin edar untuk alat kesehatan, alat kesehatan diagnostik in vitro, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT). Tujuan dari peraturan ini adalah untuk menjamin bahwa semua produk tersebut memenuhi standar keamanan, mutu, dan kemanfaatan sebelum beredar di masyarakat.

a. Tujuan dan Ruang Lingkup
   - Tujuan: Menjamin alat kesehatan dan PKRT yang beredar di Indonesia memenuhi standar keamanan, mutu, dan kemanfaatan untuk melindungi masyarakat.
   - Ruang Lingkup: Mengatur semua jenis alat kesehatan, alat kesehatan diagnostik in vitro, dan PKRT yang diproduksi, diimpor, dirakit, atau dikemas ulang untuk diedarkan di Indonesia

b. Ketentuan Umum
   - Izin Edar: Semua alat kesehatan yang akan diedarkan harus memiliki izin edar yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan atau yang didelegasikan kepada Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
   - Kriteria Produk: Produk yang diberikan izin edar harus memenuhi kriteria mutu, keamanan, dan kemanfaatan serta tidak menggunakan bahan yang dilarang.

c. Klasifikasi Alat Kesehatan
   Alat kesehatan diklasifikasikan berdasarkan risiko yang ditimbulkan:

200 "Registrasi Alat Kesehatan & PKRT Online", *regalkes.kemkes.go.id*, diakses melalui https://regalkes.kemkes.go.id/ pada 14 Oktober 2024.

- Kelas A: Risiko rendah.
- Kelas B: Risiko rendah sampai sedang.
- Kelas C: Risiko sedang sampai tinggi.
- Kelas D: Risiko tinggi

d. Proses Permohonan Izin Edar
   - Permohonan izin edar harus disertai dengan dokumen administrasi dan teknis yang membuktikan bahwa produk memenuhi persyaratan yang ditetapkan.
   - Proses penilaian dilakukan oleh tim penilai yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan

e. Dampak dan Implementasi
   Permenkes No. 62 Tahun 2017 berperan penting dalam mengatur peredaran alat kesehatan di Indonesia. Dengan adanya regulasi ini:
   - Masyarakat dapat lebih terlindungi dari produk-produk yang tidak memenuhi standar.
   - Produsen alat kesehatan diharapkan dapat meningkatkan kualitas produk mereka agar memenuhi persyaratan izin edar.
   - Regulasi ini juga mendukung harmonisasi regulasi dengan standar internasional dan ASEAN dalam pengaturan alat kesehatan.

Permenkes No. 62 Tahun 2017 merupakan langkah penting dalam pengaturan izin edar alat kesehatan dan PKRT di Indonesia. Dengan menetapkan kriteria ketat dan proses evaluasi yang jelas, peraturan ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari risiko penggunaan produk yang tidak aman atau berkualitas rendah. Implementasi dari peraturan ini akan sangat bergantung pada kerjasama antara pemerintah, produsen, dan pihak terkait lainnya dalam industri kesehatan.

13. Cara Pembuatan Alat Kesehatan yang Baik (CPAKB) dan Cara Pembuatan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang Baik (CPPKRTB)[201]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2017 ditetapkan untuk mengatur cara pembuatan alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga yang baik. Tujuan dari peraturan ini adalah untuk memastikan bahwa semua produk alat kesehatan dan perbekalan kesehatan

201 "Apa itu CPAKB dan Bagaimana Proses Sertifikasinya", *mursmedic.com*, edisi 2 April 2024, diakes melalui https://mursmedic.com/apa-itu-cpakb-dan-bagaimana-proses-sertifikasinya/ pada 14 Oktober 2024.

yang diproduksi memenuhi standar keamanan, mutu, dan manfaat sesuai dengan tujuan penggunaannya.

Permenkes No. 20 Tahun 2017 memberikan kerangka kerja penting bagi industri alat kesehatan dan PKRT di Indonesia dengan menetapkan standar cara pembuatan yang baik. Dengan adanya regulasi ini, diharapkan kualitas produk yang dihasilkan dapat terjaga, sehingga dapat melindungi keselamatan masyarakat serta meningkatkan kepercayaan konsumen terhadap produk dalam negeri. Implementasi CPAKB dan CPPKRTB juga mendukung pengembangan industri kesehatan yang lebih profesional dan berstandar tinggi di Indonesia

14. Perkembangan Kebijakan Bioteknologi di Indonesia

Terkait dengan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 3 menjelaskan bahwa setiap individu memiliki kewajiban untuk menghormati hak orang lain dalam upaya menciptakan lingkungan yang sehat, baik secara fisik, biologis, maupun sosial. Selain itu, setiap orang juga diwajibkan untuk menerapkan perilaku hidup sehat dan berkontribusi dalam mewujudkan, mempertahankan, serta memajukan kesehatan secara maksimal. Undang-undang ini menekankan pentingnya tanggung jawab kolektif dalam menjaga kesehatan lingkungan dan masyarakat.

Selain itu, UU ini juga sejalan dengan program Riset Pembinaan Ilmu Pengetahuan Teknologi Kedokteran (Risbin Iptekdok), yang dikelola oleh Kemenristek bekerja sama dengan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes). Program ini merupakan contoh nyata dari kolaborasi multi-institusi yang melibatkan berbagai kementerian, termasuk Kemenristek, Kemendikbud, dan Kemenkes. Kolaborasi ini memperkuat keterpaduan dalam penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, yang sesuai dengan prinsip dalam UU No. 36/2009, yaitu meningkatkan kualitas kesehatan secara menyeluruh melalui kerja sama lintas sektor.

Sinergi antar lembaga ini memberikan dampak positif terhadap kemajuan riset kesehatan, terutama dalam pengembangan bioteknologi dan inovasi di bidang kesehatan masyarakat. Pendekatan multi-institusi ini menjadi langkah penting dalam memastikan bahwa program-program kesehatan yang diinisiasi dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan. Pada masa awal pengembangan bioteknologi di Indonesia, diagnostik untuk berbagai penyakit seperti tuberkulosis (TB), malaria, kanker, serta penyakit-penyakit infeksi virus seperti hepatitis dan dengue mulai diterapkan. Sebelumnya, Indonesia tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk melakukan penelitian bioteknologi, namun dengan

adanya Pusat Antar Universitas (PAU) Bioteknologi di UGM dan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman, penelitian ini akhirnya bisa dilakukan di laboratorium dengan fasilitas yang lebih lengkap.

PAU Bioteknologi di UGM dan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman menjadi pusat penelitian bagi para peneliti dari seluruh Indonesia. Berkat fasilitas ini, teknologi *Polymerase Chain Reaction* (PCR) mulai diterapkan untuk diagnostik berbagai penyakit seperti TB, dengue, malaria, dan hepatitis. Teknologi ini memungkinkan deteksi yang lebih cepat dan akurat terhadap penyakit-penyakit tersebut, yang sebelumnya sulit dilakukan tanpa fasilitas yang memadai. Seiring dengan perkembangan ini, Badan Litbangkes kemudian membentuk konsorsium-konsorsium untuk menangani penyakit-penyakit prioritas di Indonesia. Konsorsium ini terdiri dari berbagai institusi yang berkolaborasi dalam penelitian dan pengembangan vaksin serta diagnostik. Di antara konsorsium tersebut adalah Konsorsium Tuberkulosis, Konsorsium Hepatitis, dan Konsorsium Dengue. Konsorsium-konsorsium ini berperan penting dalam mengembangkan vaksin untuk penyakit-penyakit seperti hepatitis B, dengue, dan TB, yang sangat dibutuhkan di Indonesia.

Selain pengembangan vaksin, penelitian juga melibatkan bahan-bahan alam dan herbal, seperti herbal Mexim, yang juga diintegrasikan dalam program penelitian. Konsorsium-konsorsium tersebut mulai aktif sekitar tahun 2010, dan sejak saat itu, Indonesia semakin maju dalam penelitian bioteknologi dan diagnostik untuk penyakit-penyakit menular. Inisiatif ini membawa hasil nyata yang bisa dirasakan dalam upaya pencegahan dan pengobatan penyakit di Indonesia, terutama melalui pengembangan vaksin dan teknologi diagnostik yang lebih baik.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2017 mengenai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menekankan bahwa semua fasilitas kesehatan, termasuk Puskesmas, harus siap melakukan deteksi dini, surveilans, dan pencegahan infeksi. Artinya, tenaga kesehatan dan laboratorium di fasilitas-fasilitas tersebut harus memiliki kapasitas yang cukup untuk melaksanakan prosedur ini secara efektif. Peraturan ini juga mendorong penguatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan dan peningkatan kemampuan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Namun, dalam pengembangan bioteknologi di sektor kesehatan, ada tantangan yang dihadapi. Salah satunya adalah potensi besar yang dimiliki oleh Pusat Antar Universitas (PAU) Bioteknologi UGM, yang pada awalnya menjadi pusat penelitian nasional di bidang bioteknologi. PAU Bioteknologi UGM pernah menjadi mercusuar bagi penelitian dari berbagai aktivitas bioteknologi di

seluruh Indonesia. Namun, sayangnya, hingga saat ini fasilitas-fasilitas yang ada di PAU Bioteknologi UGM belum dikembangkan lebih lanjut.

Keprihatinan ini muncul karena pada awalnya PAU Bioteknologi didirikan sebagai hasil kerja sama antara Kementerian Riset dan Teknologi (Kemenristekdikti) dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, tanpa keterlibatan langsung dari Kementerian Kesehatan. Meskipun fasilitas ini pernah sangat bermanfaat bagi kemajuan penelitian bioteknologi di Indonesia, saat ini fasilitas tersebut kurang diperbarui dan tidak diaktifkan seperti seharusnya.

Potensi PAU Bioteknologi UGM sebenarnya masih sangat besar, terutama untuk mendukung pengembangan kapasitas tenaga kesehatan dalam bidang bioteknologi. Oleh karena itu, usulan yang diharapkan adalah agar pemerintah lebih memperhatikan dan meningkatkan fasilitas yang sudah ada di PAU, termasuk memperbarui peralatan dan teknologi yang telah terbukti sangat bermanfaat. Dengan pembaruan ini, PAU dapat kembali berperan dalam mendukung kemajuan bioteknologi di Indonesia, khususnya di sektor kesehatan. Inisiatif seperti ini akan membantu Indonesia menjadi lebih maju dalam penelitian bioteknologi dan pengembangan layanan kesehatan berbasis teknologi mutakhir.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 32 Tahun 2018 mengatur tentang penggunaan, penyelenggaraan, dan pelayanan sel punca (*stem cells*) di Indonesia. Regulasi ini penting karena pelayanan sel punca memerlukan pengawasan yang ketat, mengingat prosesnya melibatkan komponen-komponen yang sangat sensitif dan penting. Oleh karena itu, hanya rumah sakit yang memenuhi kriteria tertentu yang diizinkan untuk menyediakan layanan ini. Salah satu persyaratan utamanya adalah rumah sakit harus memiliki laboratorium yang mematuhi standar *Good Manufacturing Practice* (GMP), yaitu standar internasional yang ditetapkan oleh WHO untuk memastikan produk biomedis, termasuk sel punca, diproduksi dengan kualitas dan keamanan yang tinggi.

Selain laboratorium GMP, rumah sakit yang ingin menyediakan layanan sel punca juga harus memiliki fasilitas laboratorium yang memenuhi standar *Biosafety Level* (BSL). Dengan standar GMP dan BSL, rumah sakit dapat memproduksi sel punca yang aman dan sesuai standar internasional. Pada tahun 2018, beberapa rumah sakit di Indonesia ditunjuk untuk menjalankan layanan sel punca karena sudah memenuhi syarat GMP tersebut. Beberapa di antaranya adalah Rumah Sakit Dr. Soetomo, Rumah Sakit Kanker Dharmais, Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM), Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito, dan RS SCCR Semarang. Selain itu, laboratorium swasta seperti Prodia dan Kalbe Farma juga ditunjuk sebagai produsen sel punca.

Proses produksi sel punca di rumah sakit-rumah sakit ini diawasi ketat oleh Kementerian Kesehatan dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Mereka memastikan bahwa laboratorium yang memproduksi sel punca mematuhi standar GMP yang ditetapkan oleh WHO. Jika sebuah rumah sakit atau laboratorium tidak memenuhi standar ini, mereka tidak diizinkan untuk menyediakan layanan sel punca. Dengan regulasi yang ketat ini, Indonesia berupaya untuk menjaga kualitas dan keamanan dalam pelayanan sel punca demi mendukung inovasi di bidang medis, seperti transplantasi sumsum tulang untuk pasien kanker dan pengobatan regeneratif lainnya.

F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan

Landasan hukum dalam Sistem Informasi Kesehatan (SIK) di era JKN ini yaitu Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014, Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.[202]

Dalam hal percepatan teknologi informasi, Kementerian Komunikasi dan Informatika (Kemenkominfo) berperan penting dalam mempercepat pemerataan infrastruktur digital di Indonesia, terutama dalam konteks perkembangan teknologi informasi termasuk akses telekomunikasi dan jaringan internet dan pertumbuhan ekonomi digital. Tugas utama Kementerian ini adalah merumuskan kebijakan nasional, kebijakan operasional, serta kebijakan teknis di sektor komunikasi dan informatika, yang mencakup pos, telekomunikasi, penyiaran, teknologi informasi dan komunikasi, layanan multimedia, serta penyebaran informasi. Kebijakan dan strategi Kemenkominfo salah satunya adalah perubahan fokus dari Informasi ke Informatika. Terdapat pergeseran fokus dari sekadar penyebaran informasi menjadi pengelolaan informasi yang berbasis teknologi.[203] Ini mencakup integrasi data dan digitalisasi layanan yang berdampak pada berbagai sektor, termasuk kesehatan. Sehingga peran kolaborasi antara Kemenkominfo dengan Kemenkes dalam sistem informasi kesehatan sangat diperlukan.

202 Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.

203 Diakses melalui https://diskominfo.kaltimprov.go.id/teknologi/kominfo-targetkan-jangkau-50-juta-warga-indonesia-di-2024-dalam-gnld ; Penjelasan atas Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan

1. Perubahan Pada Tingkat Global

Perkembangan kebijakan terkait informatika di Indonesia tidak hanya dipengaruhi oleh perubahan di tingkat kementerian atau sektor domestik, tetapi juga oleh perubahan di tingkat global. Salah satu tonggak penting dalam perkembangan ini terjadi pada tahun 2010, ketika WHO menerbitkan panduan kerjasama antara WHO dan *International Telecommunication Union* (ITU).

Pada tingkat global, WHO bertanggung jawab atas urusan kesehatan, sementara ITU menangani urusan informatika. Kerjasama ini mirip dengan hubungan antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika di Indonesia. WHO dan ITU bersama-sama mengeluarkan panduan yang disebut *"National eHealth Strategy Toolkit for Countries"* pada tahun 2010.[204] Panduan ini memperkenalkan konsep bahwa setiap negara perlu mengembangkan strategi untuk apa yang saat itu masih disebut sebagai *e-health*. Menurut WHO, *electronic health* atau *e-health* diartikan sebagai pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi yang hemat biaya dan aman untuk mendukung berbagai hal di bidang kesehatan. Cakupan layanan kesehatan berbasis teknologi di bidang kesehatan tidak hanya untuk konsultasi dokter secara *online* atau untuk memesan obat. Tetapi juga bisa digunakan untuk melakukan penelitian dan memberikan edukasi kesehatan.[205]

Indonesia kemudian mengadopsi konsep ini, dengan beberapa pejabat Kementerian Kesehatan ikut serta dalam pertemuan-pertemuan terkait. Istilah *e-health* mulai diperkenalkan, menggantikan istilah sebelumnya yang hanya membicarakan teknologi informasi di bidang kesehatan. Perubahan terminologi *e-health* ini setara dengan perkembangan di sektor lain, seperti *e-government.*[206]

2. Kebijakan Penggunaan Dokumen Elektronik

Kebijakan lain yang juga penting dalam Sistem Informasi adalah terkait penggunaan dokumen elektronik yang mulai umum digunakan di sektor kesehatan. Pengertian dokumen elektronik menurut Pasal 1 ayat 4 UU Nomor 11 Tahun 2008 adalah setiap Informasi Elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima, atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal, atau sejenisnya, yang dapat dilihat, ditampilkan, dan/

204 WHO, *National eHealth Strategy Toolkit for Countries* (Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union, 2010).

205 Diakses melalui https://www.klikdokter.com/info-sehat/berita-kesehatan/ketahui-jenis-jenis-e-health-dan-kegunaannya?srsltid=AfmBOorxqUNbhp6457sfuFFpE6IstzMf6h1D-CIKxvK1xUXYEU_Q-V3n

206 WHO, *National eHealth Strategy Toolkit for Countries* (Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union, 2010).

atau didengar melalui Komputer atau Sistem Elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, Kode Akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya.[207] Selain pengertian yang termuat di dalam UU ITE tahun 2008, pengertian dokumen elektronik juga termuat di Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2012. Dalam sektor kesehatan, dokumen elektronik biasanya digunakan untuk keperluan rekam medis elektronik, tanda tangan elektronik pada dokumen kesehatan, perizinan kesehatan, layanan telemedicine, pengelolaan data pasien dan juga audit serta pelaporan terhadap regulasi layanan kesehatan.

Pada Pasal 5 Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) tahun 2008, disebutkan bahwa informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik beserta hasil cetaknya diakui sebagai alat bukti hukum yang sah.[208] Maka dokumen elektronik di Indonesia diatur oleh beberapa regulasi, termasuk Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) dan Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2012. Kedua regulasi ini memberikan kerangka hukum yang jelas mengenai penggunaan dan pengakuan dokumen elektronik dalam berbagai konteks, termasuk sistem informasi kesehatan.

Dalam pengelolaan dokumen elektronik tidak hanya berdasarkan dari kedua regulasi di atas, namun juga yang diatur dalam UU Sistem Informasi Kesehatan. Di dalam undang-undang ini mengatur penggunaan teknologi informasi terutama pada integrasi data kesehatan dan menjamin kerahasiaan data pasien dalam sistem informasi kesehatan. Sehingga ketiga regulasi ini saling melengkapi dalam menciptakan kerangan hukum yang kuat untuk pengelolaan dokumen elektronik dan transaksi di Indonesia. Dengan adanya UU ITE, PP No. 82 Tahun 2012, serta UU Sistem Informasi Kesehatan, Indonesia berupaya untuk meningkatkan keamanan, keandalan, dan integritas dalam penggunaan teknologi informasi.

Hal ini merupakan terobosan dalam pengakuan bukti-bukti berbasis digital di Indonesia, sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan dalam transaksi elektronik. Pada pasal 5 UU ITE ini menyatakan bahwa dokumen elektronik dapat digunakan sebagai bukti hukum di pengadilan, sama seperti alat bukti tertulis lainnya. UU ITE disahkan pada tahun 2008, namun untuk peraturan pemerintah yang mengatur pelaksanaan UU ITE, khususnya yang terkait dengan Penyelenggaraan Sistem Transaksi Elektronik, baru diterbitkan

207 Undang-undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik
208 Undang-undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik

pada tahun 2012 melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem Dan Transaksi Elektronik.[209] Artinya, terdapat jeda waktu sekitar empat tahun antara pengesahan UU ITE dan penerbitan aturan pelaksanaanya.

3. Rumah Sakit Online

Sulitnya mencari data Rumah Sakit yang terbaru, memunculkan inovasi yang memudahkan dalam memperoleh informasi-informasi tersebut. Pada awalnya, masih belum ada aplikasi yang komprehensif untuk mengintegrasikan semua jenis data rumah sakit. Sehingga muncul Aplikasi Rumah Sakit Online yang membantu menyajikan data *real-time* tentang informasi Rumah Sakit. Awalnya banyak sekali tahapan pengisian yang harus disajikan untuk meningkatkan informasi Rumah Sakit. Setelah munculnya Rumah Sakit Online ini pengisian cukup nama Rumah Sakit, kelas-kelas yang tersedia apa saja, pemilik rumah sakit, status kesehatannya, jumlah tempat tidur pada masing-masing kelas, dan pelayanan Rumah Sakitnya.[210]

Rumah Sakit Online merupakan bagian dari pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.[211] Tujuan dari pembuatan Aplikasi Rumah Sakit Online ini untuk mendukung digitalisasi industri dan layanan kesehatan di Indonesia. RS Online ini hadir untuk memenuhi kebutuhan *review* kelas rumah sakit yang juga memudahkan pasien atau calon pasien yang ingin mengunjungi faskes sesuai kebutuhannya.[212]

Rumah Sakit Online dibuat berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2014 mengenai klasifikasi Rumah Sakit Umum dan perizinannya serta Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Khusus dan Perizinannya.[213] Sehingga kedua peraturan ini memiliki tujuan untuk memastikan bahwa Rumah Sakit di Indonesia telah memenuhi standar tertentu dalam memenuhi fasilitas kesehatan, pelayanan, dan keamanan serta meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat.

209 Peraturan Pemerintah (PP) No. 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik.

210 Wawancara dengan Dr. dr. Supriyantoro, Sp. P MARS, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2012-2014, pada 17 Agustus 2024.

211 Diakses melalui https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/kegiatan-rs-online-laporan-kegiatan-rs-online

212 Diakses melalui https://periksa.id/2024/08/06/makin-andal-periksa-id-kini-sudah-bridging-dengan-rs-online

213 Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2014; Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010.

Rumah Sakit Online resmi diperkenalkan dan diwajibkan untuk dilaporkan melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011. Peraturan ini menspesifikasikan bahwa setiap rumah sakit wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit berbasis online. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam pengelolaan rumah sakit.[214]

Aplikasi RS Online Versi 2 dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan review kelas rumah sakit sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (untuk RS Umum) dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Peluncuran Versi 2 ini diharapkan dapat mempermudah proses penilaian dan pengawasan terhadap rumah sakit, membantu dalam pengumpulan data yang diperlukan serta dapat meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Online merupakan hasil perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang dirancang untuk memfasilitasi pelaporan data rumah sakit secara elektronik. Aplikasi RS Online Versi 2 mencakup profil RS, jumlah tempat tidur, ketersediaan layanan, dan SDMK individu. Selain itu, aplikasi ini terintegrasi dengan ASPAK (Aplikasi Pengelolaan Sarana, Prasarana, dan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan). Implementasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa data rumah sakit dapat diakses real-time dan transparansi dalam pelaporan. Sejarah Rumah Sakit Online didasarkan pada kebutuhan untuk meningkatkan efektivitas dan transparansi dalam pengelolaan data rumah sakit. Melalui implementasi aplikasi RS Online Versi 2 yang terintegrasi dengan ASPAK, kita telah mencapai tahapan baru dalam pengumpulan dan analisis data rumah sakit secara digital. Ini tidak hanya meningkatkan cakupan informasi tapi juga mempermudah aksesibilitas bagi masyarakat untuk memperoleh informasi yang relevan tentang ketersediaan fasilitas kesehatan.[215]

4. Implementasi Sistem Kesehatan Nasional

Terdapat perbedaan pemahaman yang masih belum seragam terkait implementasi Peraturan Presiden (Perpres) No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Perpres ini belum mengacu pada kerangka *WHO Building Blocks of Health Systems,* yang di dalamnya memisahkan komponen sistem informasi kesehatan. Namun, di dalam Perpres 72, komponen manajemen,

214 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011.

215 Kementerian Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Pelaporan COVID-19 Versi 2 di RS Online Versi 2*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2020).

informasi, dan regulasi dijadikan satu kesatuan. Akibatnya, sistem informasi atau bahkan informasi kesehatan tidak dibahas secara mendetail. Hal ini berbeda dengan pedoman WHO yang memberikan rincian lebih jelas tentang digitalisasi sistem kesehatan. Melihat dari WHO dan ITU, digitalisasi sistem kesehatan mencakup tujuh komponen utama WHO Building Blocks of Health System seperti: kepemimpinan (leadership), pembiayaan (investment), infrastruktur, aplikasi, standar dan interoperabilitas, sumber daya manusia, serta regulasi. Di Indonesia, komponen-komponen ini baru mulai diadopsi secara lebih formal menjelang fase kedua sebelum pandemi, ketika terbitnya Permenkes tentang Strategi e-Kesehatan Nasional pada tahun 2017. Ini adalah jeda waktu yang cukup lama dari keluarnya kerangka WHO pada tahun 2010.

Proses adopsi yang lambat menunjukkan bahwa beberapa regulasi yang berlaku di Indonesia belum sepenuhnya mengintegrasikan pendekatan *WHO Building Blocks of Health Systems*, terutama dalam konteks e-health. Meskipun sekarang telah ada peraturan yang lebih spesifik, seperti dalam strategi e-kesehatan, perlu adanya perhatian lebih untuk menyelaraskan kebijakan kesehatan nasional dengan standar global agar lebih efektif dalam era digital. Perpres No. 72 Tahun 2012 sudah mengakui pentingnya integrasi digital dalam sistem kesehatan, tetapi aspek-aspek penting seperti regulasi, leadership, dan infrastruktur sistem informasi kesehatan belum mendukung penerapan e-health secara optimal sesuai dengan *WHO Building Blocks of Health Systems.*

5. Dampak Otonomi Daerah

Setelah diberlakukannya UU Otonomi Daerah (UU No. 22 Tahun 1999 dan diperbaharui dengan UU No. 23 Tahun 2014), pemerintah daerah diberikan kewenangan yang lebih besar dalam mengatur urusan kesehatan. Pada tahun 2012, sistem informasi kesehatan masih dalam tahap perencanaan yang berfokus pada roadmap. Istilah seperti Siknas (Sistem Informasi Kesehatan Nasional) dan Sikda (Sistem Informasi Kesehatan Daerah) masih digunakan, dengan fokus utama pada pengumpulan data ke pusat. Namun, aspek data ini masih terbatas pada data rutin, dan komponen data lain seperti estimasi jumlah imunisasi, ibu hamil, dan estimasi lainnya dikeluarkan oleh Pusdatin (Pusat Data dan Analisis Kesehatan). Estimasi ini menjadi problematic karena perubahan demografi dan mobilitas penduduk yang dinamis di lapangan. Beberapa daerah mampu mencapai target sasaran, sementara yang lain tidak, terutama karena perubahan yang cepat dan mobilitas penduduk dari urban ke kota.[216]

Pada saat itu, penggunaan estimasi masih dipertahankan karena sistem

216 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

elektronik belum merata di seluruh Indonesia. Menurut analisis, beberapa Undang-Undang yang berdampak dan masih berlangsung hingga saat ini adalah UU Otonomi Daerah dan UU Pemerintahan Daerah. Kedua UU ini menempatkan aspek kesehatan dan sistem informasi sebagai kewenangan daerah, sehingga setiap daerah membuat berbagai aplikasi dan sistem informasi untuk kepentingan lokal. Hal ini sebenarnya merupakan gayung bersambut karena Kementerian Komunikasi dan Informatika memberikan penghargaan kepada daerah yang melakukan inovasi digital.

Namun, pada tahun kemarin, Menteri mengungkapkan bahwa ada sekitar 4.000 aplikasi Pemda karena masing-masing daerah membuat sistem sendiri, yang tidak *interoperable* satu sama lain. Hal ini menunjukkan bahwa konteks ini perlu menjadi perhatian karena ada beberapa UU yang mendorong aspek mendekatkan kepada kepentingan lokal dan informatika atau teknologi digital sebagai bagian untuk menyerap aspirasi masyarakat. Digitalisasi di puskesmas dan aplikasi lainnya kemudian bertumbuh, tetapi di tingkat pusat belum ada satu mekanisme yang menyatukan pengembangan aplikasi tersebut.

Di Kementerian Kesehatan terdapat berbagai Direktorat Jenderal yang masing-masing memiliki anggaran dan menciptakan aplikasi pencatatan sendiri. Aplikasi yang dibuat ini digunakan untuk kepentingan pelaporan dan sebagai *bank* data dari masing-masing direktorat. Terciptanya berbagai aplikasi ini juga berdampak pada penemuan di puskesmas-puskesmas kita, yang memiliki lebih dari 50 aplikasi dari berbagai dirjen yang berbeda-beda tetapi sama penggunaan untuk pencatatan. Banyak aplikasi-aplikasi yang digunakan oleh puskesmas juga dikeluhkan oleh Asosiasi Puskesmas Indonesia (APKESMI). Ketua APKESMI, Trisna Setiawan dalam Webinar Smart Puskesmas Menuju Digitalisasi Layanan Kesehatan Primer yang diadakan pada 11 November 2022 menyampaikan bahwa aplikasi-aplikasi yang ada menjadi tantangan tersendiri dalam digitalisasi Puskesmas.[217]

Pada masa kepemimpinan Nafsiah Mboi (2012-2014), fokus utama adalah pada pembaruan dan validitas data melalui digitalisasi. Meskipun belum ada sistem canggih seperti DTO, kesadaran akan pentingnya data mendorong penyederhanaan pelaporan. Banyaknya format pelaporan yang berbeda dari unit-unit seperti P2P dan Kesmas, serta permintaan data dari donor eksternal yang tidak terkoordinasi, membuat teman-teman di daerah merasa terbebani. Program-program seperti HIV, TB, dan Malaria memiliki format pelaporan masing-masing, menyebabkan data terpecah dan sulit dikelola. Upaya

217 Hreeloita Dharma Shanti, "*APKESMI: Banyaknya aplikasi digital jadi tantangan Puskesmas Indonesia*". Pada 11 Oktober 2022, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3173081/apkesmi-banyaknya-aplikasi-digital-jadi-tantangan-puskesmas-indonesia

penyederhanaan dilakukan oleh Pusdatin, terutama saat BPJS mengembangkan aplikasi PCare yang sempat ditolak karena tidak memanfaatkan sistem yang ada[218].

Berbagai aplikasi yang puskesmas gunakan seperti SIMPUS, SISRUTE, SPGDT, RRNS, Pcare BPJS, E Rekam Medis, dan masih terdapat 77 aplikasi aktif yang digunakan sebagai catatan bagi Kementerian Kesehatan tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM berbasis IT yang masih sangat kurang di Puskesmas. Sehingga tidak jarang ditemukan di lapangan bahwa tenaga kesehatan juga merangkap sebagai petugas IT di puskesmas. Masih sedikit puskesmas yang memiliki tenaga profesional khusus untuk pengelolaan data informasi, jika adapun mereka berasal dari kelompok non-PNS. Selain itu masalah yang ditemukan di lapangan juga, banyak petugas-petugas data informasi ini belum pernah mendapatkan pelatihan yang lebih khusus. Ketua APKESMI berharap agar transformasi puskesmas dengan berbasis pada teknologi ini mendapat dukungan tidak hanya dari dinas kesehatan daerah saja tetapi juga pemerintah daerah untuk memfasilitasi sarana dan prasarana kerja di lingkup puskesmas.[219]

Sebagai contoh pada akhir November 2018, Kemenkes telah meluncurkan 4 aplikasi di Bidang Kesehatan pada "Pameran Pembangunan Kesehatan dan Produk Kesehatan Dalam Negeri. Keempat aplikasi itu adalah *Sehat Pedia*, *Indonesia Facility Finder* (IHeFF), e-sign, dan e-postBorder Alkes PKRT. Keempat aplikasi yang diluncurkan ini merupakan wujud inovasi kesehatan yang dilatarbelakangi oleh perkembangan era digital dan diharapkan dapat menambahkan kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat.[220]

Aplikasi Sehat Pedia yang diluncurkan tahun 2018 ini adalah aplikasi kesehatan untuk mengakomodir dan memfasilitasi masyarakat dalam mendapatkan informasi kesehatan yang akurat, kredibel dan terpercaya. Aplikasi ini telah banyak didukung oleh dokter-dokter yang berasal dari 33 rumah sakit yang merupakan rumah sakit vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes. Aplikasi mampu memberikan konsultasi kesehatan pada masyarakat. Aplikasi IHeFF berfungsi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Melalui aplikasi ini, siapapun dapat dengan mudah menemukan fasilitas kesehatan yang berada dalam radius 3 km dengan menggunakan GPS dari smartphone.Aplikasi *System Digital Signature* (e-Sign) untuk memfasilitasi

218 Wawancara dengan Oscar Primadi drg. Oscar Primadi, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024.

219 Hreeloita Dharma Shanti, *"APKESMI: Banyaknya aplikasi digital jadi tantangan Puskesmas Indonesia"*. Pada 11 Oktober 2022, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3173081/apkesmi-banyaknya-aplikasi-digital-jadi-tantangan-puskesmas-indonesia

220 "Kemenkes Luncurkan 4 Aplikasi Bidang Kesehatan", 8 November 2018, diakses melalui https://www.kemkes.go.id/eng/%20 kemenkes-luncurkan-4-aplikasi-bidang-kesehatan

ekspor dan impor alat kesehatan PKRT agar lebih efektif dan efisien. Melalui aplikasi ini Kemenkes terus berupaya meningkatkan pelayanan publik yang efektif, efisien, dan akuntabel secara berkesinambungan guna mewujudkan Indonesia sehat dan sejahtera.[221] Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran semakin meningkat dan digitalisasi diperlukan untuk kepentingan laporan, namun aturan interoperabilitas dan standar belum ada.

Sehingga, sampai akhirnya, muncul Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik Yang yang mencantumkan kata-kata seperti "standar" dan "interoperabilitas" menunjukkan bahwa kesadaran akan pentingnya integrasi teknologi dalam pemerintahan sudah cukup tinggi.[222] Namun, tantangan berikutnya adalah bagaimana memastikan bahwa berbagai sistem dapat berkomunikasi dan bekerja sama secara efektif antarinstansi. Untuk itu, diperlukan aturan-aturan yang jelas dan spesifik mengenai interoperabilitas ini. Salah satu aspek penting yang perlu dipertimbangkan adalah harmonisasi regulasi, terutama di sektor-sektor seperti kesehatan dan teknologi informasi dan komunikasi (kominfo). Dengan harmonisasi regulasi, tidak hanya menciptakan keselarasan dalam penerapan SPBE di berbagai sektor, tetapi juga menjamin bahwa penerapan sistem digital tersebut sesuai dengan kebutuhan, regulasi, dan standar di masing-masing bidang.

Peraturan Presiden Nomor 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE) bertujuan untuk mempercepat transformasi digital di dalam pemerintahan Indonesia.[223] Melalui peraturan ini, pemerintah berupaya menciptakan tata kelola pemerintahan yang lebih efisien, transparan, dan akuntabel dengan memanfaatkan teknologi informasi. SPBE mengintegrasikan berbagai sistem elektronik di seluruh instansi pemerintah, baik di pusat maupun daerah, sehingga pelayanan publik dapat dilakukan secara cepat dan efektif. Peraturan ini menekankan pentingnya keterpaduan sistem, keamanan data, dan interoperabilitas antar instansi, sehingga berbagai layanan pemerintahan dapat saling terhubung dan mudah diakses oleh masyarakat. Selain itu, evaluasi dan pengawasan rutin dilakukan untuk memastikan bahwa implementasi SPBE sesuai dengan standar dan tujuan yang telah ditetapkan. Dengan adanya SPBE, pelayanan publik diharapkan menjadi lebih responsif, efisien, serta mampu

221 "Kemenkes Luncurkan 4 Aplikasi Bidang Kesehatan", 8 November 2018, diakses melalui https://www.kemkes.go.id/eng/%20 kemenkes-luncurkan-4-aplikasi-bidang-kesehatan

222 Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE).

223 Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE).

mendukung modernisasi pemerintahan di era digital.

G. Simpulan

Periode JKN ini ditandai dengan lahirnya UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang secara resmi mulai diberlakukan pada 1 Januari 2014. Wewenang pendanaan kesehatan dipindahkan dari Departemen Kesehatan ke BPJS yang bertanggung-jawab langsung pada Presiden Indonesia. Departemen Kesehatan tidak mempunyai fungsi pengawasan BPJS. Pada periode ini juga ditandai dengan banyak diterbitkannya UU baru pada sektor kesehatan. Sebelum ada UU BPJS di tahun 2011, disusun UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Setelahnya ada UU No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Setelah UU BPJS berjalan di tahun 2014, diterbitkan UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, dan PP No. 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan. Secara khusus UU Pendidikan Kedokteran 2013 disusun untuk mengatasi kelemahan UU Praktik Kedokteran yang dibentuk pada tahun 2004 terkait peran negara dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis. Produk hukum tersebut menegaskan kehadiran negara untuk memastikan pemerataan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Upaya pemerintah untuk pemerataan SDM dilakukan melalui Kementerian Kesehatan antara lain melalui pemenuhan tenaga kesehatan dengan mekanisme rekrutmen PNS, rekrutmen Pegawai Tidak Tetap (PTT), Nusantara Sehat, Wajib Kerja Dokter Spesialis, penugasan khusus, hingga Pendayagunaan Dokter Spesialis.

Berbagai perubahan signifikan dalam regulasi tenaga kesehatan di Indonesia terjadi pada periode ini terutama dalam konteks implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sejumlah undang-undang baru diterbitkan untuk mengatur berbagai aspek tenaga kesehatan, termasuk pendidikan kedokteran, praktik keperawatan, dan kebidanan. Namun, proliferasi berbagai regulasi ini menimbulkan tantangan baru, seperti tumpang tindih kewenangan antar profesi kesehatan dan ketidakharmonisan antar undang-undang, serta ketidakmampuan implementasi karena resistensi dari organisasi profesi dan kompleksitas regulasi. Meskipun upaya-upaya ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan layanan kesehatan, implementasinya menghadapi berbagai hambatan. Konflik antar profesi, celah hukum, dan ketidakjelasan dalam pembagian kewenangan menjadi isu-isu krusial yang perlu diselesaikan. Terlihat dengan jelas bagaimana Kemenkes sulit memposisikan kedudukannya sebagai otoritas kesehatan yang utama. Berbagai konflik antar profesi, antar

lembaga kesehatan di daerah, sulit ditangani oleh Kemenkes.

Diterbitkannya berbagai UU terkait kesehatan pada periode ini ternyata tidak memberikan dasar yang baik bagi sistem kesehatan. Fakta historis menunjukkan bahwa sistem kesehatan Indonesia pada periode ini masih dapat dikatakan belum baik. Lebih dari 10 UU dan UU Desentralisasi serta UU SJSN yang mencakup kesehatan ternyata tidak dapat menimbulkan dampak yang signifikan terhadap status kesehatan masyarakat Indonesia. Kebijakan yang ditetapkan oleh berbagai UU selama periode ini bersifat parsial dan sepotong-sepotong serta tidak mencerminkan reformasi dalam bidang kesehatan secara keseluruhan. Setelah terjadi perubahan besar dalam pendanaan kesehatan dengan diberlakukannya SJSN dan BPJS yang beroperasi pada tahun 2014, ternyata penggunaan dana BPJS semakin banyak berada di kota-kota besar yang banyak SDMnya. Hal ini merupakan dampak dari gagalnya pemerataan SDM dan fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit. Pembangunan rumah sakit oleh pemerintah dan swasta lebih banyak di Jawa dan di kota-kota besar. Hal ini dipengaruhi dengan sistem pembayaran klaim INA-CBGs yang memberi insentif bagi perkembangan rumah sakit di kota-kota besar.

Sepanjang periode JKN, tercatat sejumlah keberhasilan yang diraih oleh pemerintah. Dalam sisi tata kelola sistem kesehatan, penerapan sekaligus promosi jaminan kesehatan menjadi pencapaian paling penting dalam upaya demokratisasi sektor kesehatan. Pencapaian lainnya adalah makin jelasnya pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan daerah dalam desentralisasi kesehatan, yang terutama didukung dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014. Kedua pencapaian tersebut secara konseptual menjadi sangat penting dalam sejarah demokratisasi sektor kesehatan di Indonesia.

Dari sisi Kebijakan produk kesehatan pada era JKN memiliki keunggulan dalam memastikan ketersediaan, keterjangkauan, dan pemerataan obat serta alat kesehatan melalui penguatan regulasi dan sistem seperti e-katalog dan e-purchasing. Upaya ini mendukung efisiensi pengadaan, meningkatkan penggunaan produk dalam negeri, serta memastikan mutu dan keamanan produk melalui regulasi ketat. Kebijakan ini juga memajukan kemandirian farmasi nasional dengan mendorong produksi bahan baku lokal, inovasi alat kesehatan, dan pengembangan bioteknologi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat.

Sedangkan dari sisi kebijakan sistem informasi kesehatan yaitu bahwa kebijakan tersebut bertujuan untuk mengintegrasikan teknologi informasi secara efektif guna meningkatkan efisiensi, transparansi, dan akurasi dalam pengelolaan data kesehatan. Dengan landasan hukum seperti Peraturan

Pemerintah No. 46 Tahun 2014 dan berbagai inovasi seperti aplikasi Rumah Sakit Online, sistem ini memungkinkan pelaporan data kesehatan secara real-time, mendukung digitalisasi layanan kesehatan, dan meningkatkan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Meski demikian, tantangan seperti interoperabilitas aplikasi dan kebutuhan SDM IT yang memadai masih menjadi kendala yang harus diatasi untuk mengoptimalkan manfaat kebijakan ini.



BAB 4

Strategi Adaptif: Kebijakan Kesehatan Pada Masa COVID-19, 2020-2022

BAB 4
Strategi Adaptif: Kebijakan Kesehatan Pada Masa COVID-19, 2020-2022

Bab ini secara khusus membahas masa Pandemi COVID-19 melanda Indonesia dan kebijakan kolaboratif antar lembaga pemerintah, swasta, masyarakat untuk bekerjasama dalam mengendalikannya. Terdapat berbagai kesamaan antara Pandemi Flu Spanyol tahun 1918 dengan Pandemi COVID-19 yang terjadi di Indonesia. Oleh karena itulah dalam konteks ini, banyak kalangan mengatakan bahwa sejarah berulang. Krisis kemanusiaan yang berlaku secara global ini telah melumpuhkan sistem kesehatan nasional. Sejak awal tahun 2020, Pandemi COVID-19 telah menyebabkan banyak disrupsi dengan dampak yang belum pernah dirasakan pada masa-masa sebelumnya. Pandemi COVID-19 telah membuka kelemahan mendasar dari sistem kesehatan nasional yaitu sarana dan prasarana kesehatan Indonesia sangat tergantung dengan pihak luar. Vaksin, APD, obat, dan alat kesehatan yang dibutuhkan oleh Indonesia sebagian besar harus diimpor.

Hal ini menjadi masalah yang serius ketika COVID-19 melanda dunia, dan seluruh negara membutuhkan sarana dan prasarana kesehatan dalam waktu yang sama. Tidak ada satu negarapun di dunia ini yang siap dalam menghadapi Pandemi COVID-19. Oleh karena itulah kemudian pemerintah Indonesia membentuk Satgas COVID-19 yang mengkoordinasi para pemangku kepentingan baik dalam maupun luar negeri seperti Kementerian/Lembaga, TNI/Polri, BNPB, organisasi masyarakat, organisasi keagamaan, dunia usaha, masyarakat dan mitra strategis untuk berkolaborasi bersama menghadapi COVID-19. Kolaborasi lintas sektor baik dari pemerintah, swasta, maupun masyarakat serta adanya kesadaran akan kepentingan nasional keluar dari bencana kemanusiaan inilah yang menjadi kunci dari keberhasilan Indonesia menanggulangi Pandemi COVID-19 pada 2022.

A. Kepemimpinan atau Tata Kelola

COVID-19 menghadirkan guncangan sekaligus tantangan besar bagi sistem kesehatan di Indonesia, yang dapat dikatakan tidak siap menghadapi pandemi. Penyebaran virus yang sangat cepat dan masif membuat Kementerian Kesehatan tidak bisa bekerja secara individual untuk menangani pandemi, sehingga kolaborasi lintas sektor menjadi kunci penting dalam tata kelola kesehatan selama periode ini. Pendekatan tersebut diterapkan dalam berbagai aspek, mulai dari membangun kerja sama dengan berbagai lembaga negara hingga swasta, penerapan karantina wilayah, hingga tata kelola vaksinasi.

1. Kerja Sama Lembaga Kementerian dan Non Kementerian

Setelah COVID-19 masuk ke Indonesia pada Maret 2020, Pemerintah Indonesia menetapkannya sebagai situasi darurat kesehatan melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID 19.[1] Akibatnya, dilakukan pembatasan terhadap kegiatan masyarakat dari level mikro sampai makro. Kementerian Kesehatan juga bergerak untuk mengatur perizinan sejumlah kegiatan besar, seperti konferensi internasional, yang terlanjur direncanakan oleh organisasi atau penyelenggara sejak jauh hari sebelum pandemi melanda. Sebagai contoh pada Maret 2020, Kementerian Kesehatan mengatur perizinan kegiatan *The 6th International Tropical Marine Ecosystems Management Symposium* (ITMEMS-6) agar tetap memperhatikan protokol kesehatan, sehingga meminimalisir transmisi virus.[2]

Dalam upaya pencegahan, penanganan, dan pemulihan selama masa pandemi COVID-19, kebijakan kesehatan di Indonesia mengutamakan pendekatan *collaborative governance*, yakni kolaborasi lintas sektor (*cross-sector governance*) ditingkat pemerintahan pusat hingga daerah. Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan, Kirana Pritasari, menyatakan bahwa kolaborasi lintas sektor menjadi sangat penting karena pandemi COVID-19 tidak hanya berdampak pada aspek kesehatan, tetapi juga pendidikan, sosial, hingga ekonomi.[3]

Kolaborasi untuk pencegahan COVID-19 secara tidak langsung sebenarnya telah dimulai sejak akhir 2019 ketika virus tersebut telah merebak di beberapa negara. Untuk mencegah penyebarannya ke Indonesia, Kementerian Kesehatan bersama dengan Kementerian Perhubungan dan Kementerian Luar Negeri bekerja sama untuk memperketat arus imigrasi untuk masuk ke dan keluar

1 Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020.
2 Arsip Nasional RI, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan Seri Penanganan Pandemi COVID-19*, No. 21.
3 *Kompas*, edisi 21 Oktober 2020.



Foto 4.1: Petugas Medis Menyemprotkan Cairan Desinfektan pada WNI dari Wuhan, China setiba di Bandara Hang Nadim Batam, Kepulauan Riau. Sumber: antaranews.com, edisi 2 Februari 2020

dari Indonesia. Pengawasan terhadap setiap orang yang datang dari luar negeri dilakukan.[4] Setelah penetapan kedaruratan COVID-19, pemerintah melakukan kolaborasi lintas sektor untuk penyuluhan publik, pengadaan alat kesehatan, *tracing,* distribusi logistik, hingga penerapan protokol kesehatan melalui Gugus Tugas yang dipimpin oleh Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). Kolaborasi dengan BNPB dinilai harus dikuatkan pada saat itu, karena Kementerian Kesehatan tidak dapat bekerja sendiri dan memerlukan kerjasama dengan berbagai pihak, termasuk TNI dan Polri. Langkah strategis tersebut dilakukan dengan pembentukan Satgas Covid, di mana presiden kemudian mengeluarkan Keppres tentang Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPC-PEN). Komite ini tidak hanya fokus pada masalah kesehatan, tetapi juga pada pemulihan ekonomi. Semua upaya tersebut ditempatkan di bawah komando KPC-PEN.[5]

Gugus Tugas akhirnya dibentuk oleh pemerintah pada Maret 2020 melalui Keputusan Presiden No. 7 Tahun 2020.[6] Keppres tersebut juga menginstruksikan

4 Wawancara dengan Dr. Benget Saragih, Kepala Subdirektorat Karantina Kesehatan Ditjen P2P Kemenkes, dalam FGD Kebijakan Kesehatan Pada Masa Pandemi COVID-19, pada 13 September 2024.

5 Wawancara dengan drg. Oscar Primadi, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024.

6 Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2020.

para kepala daerah, seperti gubernur, walikota, dan bupati, untuk membentuk Gugus Tugas di tingkat daerah. Dengan demikian, berbagai lembaga kementerian maupun non kementrian di luar Kementerian Kesehatan perlu berkontribusi dalam upaya pencegahan dan penanganan COVID-19.

Kolaborasi lintas sektor makin diperlukan setelah COVID-19 ditetapkan sebagai bencana nasional melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020.[7] BNPB menekankan penerapan sistem klaster kesehatan di Indonesia, yang diadopsi berdasarkan model klaster kesehatan internasional. Klaster kesehatan ini dirancang untuk mengatur keterhubungan antara berbagai pihak yang memiliki minat di bidang kesehatan, sehingga mereka dapat berkolaborasi secara aktif dalam setiap tahap, mulai dari kesiapsiagaan hingga respons terhadap bencana. Dengan pendekatan ini, diharapkan sistem kesehatan dapat lebih terintegrasi dan responsif terhadap situasi darurat kesehatan, meskipun pada kenyataannya, pandemi telah menunjukkan adanya banyak kelemahan dalam persiapan dan respons yang diperlukan. Dalam sistem penanggulangan bencana di Indonesia, BNPB mengadopsi sistem klaster internasional yang terdiri dari 13 klaster, yang kemudian diadaptasi menjadi sembilan klaster di dalam negeri. Klaster kesehatan diatur sedemikian rupa sehingga tidak bersifat sentralistik, melainkan desentralistik. Dalam hal ini, jika suatu bencana ditetapkan sebagai bencana kabupaten, maka koordinatornya adalah kepala daerah yang bersangkutan. Penetapan tersebut dilakukan berdasarkan masukan dari penilaian kesehatan dan kajian dari berbagai dinas terkait. Jika bencana terjadi di dua kabupaten atau lebih, penetapan akan naik ke level provinsi, dan jika diperlukan dukungan dari sumber daya nasional, bencana tersebut akan ditetapkan sebagai bencana nasional. Namun, penetapan bencana nasional di Indonesia tergolong jarang terjadi, kecuali dalam kasus-kasus besar seperti pandemi COVID-19.

Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) saat itu, Doni Monardo, yang juga Kepala Gugus Tugas, kemudian menginstruksikan pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 di tingkat provinsi dan kabupaten/kota melalui Surat Edaran Nomor Se-I/BPNB/03/2020. Gugus Tugas tersebut diketuai oleh gubernur/bupati/walikota, dan berkolaborasi dengan Komandan TNI, Kepala Kepolisian, Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD), dan Dinas Kesehatan di wilayahnya masing-masing.[8] Dalam situasi pandemi tersebut, gugus tugas di daerah juga berkoordinasi dengan gugus tugas ditingkat pusat, sehingga penanganan COVID-19 menjadi lebih terstruktur dan

7 Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020.

8 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19*, No. 2.

jelas. Selain itu, Kepala Gugus Tugas juga menginstruksikan seluruh gubernur untuk mempercepat pelaporan data pasien/suspek/kontak erat COVID-19.[9]

Sebagai langkah awal, Ketua Gugus Tugas juga menginstruksikan Kementerian Komunikasi dan Informasi untuk mengelola website *www.covid19.go.id* sebagai laman informasi resmi COVID-19 dan membangun tracing system untuk memudahkan pendataan pasien positif, pasien dalam pengawasan, dan orang dalam pemantauan (ODP).[10] Dengan demikian, masyarakat juga dapat melihat perkembangan kasus COVID-19 melalui laman tersebut, sehingga terhindar dari berita bohong yang banyak bermunculan selama pandemi. Bersamaan dengan itu, Ketua Gugus Tugas juga menginstruksikan Panglima TNI untuk mendukung percepatan pelaporan data suspek/pasien COVID-19, terutama di Dinas Kesehatan Puskesmas di berbagai daerah.[11] Tak hanya itu, Panglima TNI juga diharapkan dapat mendorong anggota-anggotanya, baik Angkatan Laut, Angkatan Darat, maupun Angkatan Udara, untuk terlibat dalam penertiban masyarakat guna mencegah transmisi virus secara lebih lanjut.[12] Instruksi yang sama juga diberikan kepada POLRI.[13] Selain itu, dilakukan pula koordinasi dengan Tenaga Ahli Hukum Kesehatan, Dr. M. Nasser Sp.KK, D.Law sejak April 2020 untuk memastikan bahwa kebijakan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah selama masa pandemi tepat sasaran.[14]

Sementara bersama Kementerian Luar Negeri, Kementerian Kesehatan melakukan pengetatan arus keluar dan masuk ke Indonesia. Pada 2020, Kementerian Kesehatan meminta setiap orang yang berasal dari luar negeri, baik WNI maupun WNA, untuk mengikuti karantina kesehatan. Dalam hal ini, pemerintah menyiapkan asrama haji di beberapa tempat, seperti Asrama Haji Bekasi, Asrama Haji Pondok Gede. hingga Wisma Atlet Kemayoran sebagai tempat pemeriksaan kesehatan sekaligus tempat karantina pasien COVID-19.[15] Di tempat karantina tersebut, pelayanan kesehatan dilakukan selama 24 jam, termasuk adanya pelayanan kegawatdaruratan. Selama karantina berlangsung, kolaborasi

9 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 14.
10 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 15.
11 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 16.
12 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 95.
13 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 96.
14 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 78.
15 Kementerian Kesehatan RI, *Laporan Kegiatan Pengawasan Kekarantinaan Kesehatan Tahun 2020*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021), hlm. 29.

sesama lembaga kementerian dengan nonkementerian menjadi makin kuat. Sebagai contoh, Kimia Farma, anak perusahaan BUMN mendukung penyediaan logistik di beberapa lokasi karantina. Dukungan juga ditunjukkan oleh BPNB hingga TNI.[16]

Kemudian karena pandemi yang dampaknya sangat luas, Gugus Tugas juga menaruh perhatiannya pada masyarakat dari berbagai kalangan dan usia. Anak-anak pun tak lepas dari perhatian mereka. Gugus Tugas COVID-19 bekerja sama dengan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak memastikan bahwa anak-anak yang berisiko secara medis atau memerlukan perlindungan khusus selama pandemi berada dalam kondisi yang aman.[17] Hal ini ditujukan untuk mencegah penelantaran anak selama masa pandemi. Gerak cepat Gugus Tugas untuk menerbitkan instruksi pada berbagai lembaga tersebut menunjukkan bahwa COVID-19 memang bencana nasional yang memerlukan uluran tangan banyak pihak.

Mempercepat penanganan pandemi, pada Juli 2020, Presiden Joko Widodo mengumumkan pembentukan Komite Penanganan COVID-19 melalui Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2020.[18] Komite Penanganan yang dimaksud terdiri dari Komite Kebijakan, Satuan Tugas Penanganan COVID-19 (sebelumnya Gugus Tugas), dan Satuan Tugas Pemulihan dan Transformasi Ekonomi Nasional. Komite Kebijakan diketuai oleh Menko Bidang Perekonomian Airlangga Hartarto dan melibatkan kementerian-kementerian lainnya didalamnya, mulai dari Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, hingga Kementerian BUMN.

Kolaborasi lintas sektor diperkuat melalui Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2020 pada Agustus 2020, mengenai Peningkatan Disiplin dan Penegakan Hukum Protokol Kesehatan dalam Pencegahan dan Pengendalian COVID-19, yang menegaskan tugas dan tanggung jawab tiap-tiap lembaga negara. Kepala BPNB sebagai Kepala Gugus Tugas dalam konteks ini ditugaskan untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi atas pengenaan sanksi terhadap pelanggaran protokol COVID-19 dan melaporkan hasil monitoring dan evaluasi tersebut kepada Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional. Adapun lembaga yang terlibat dalam kolaborasi lintas sektor antara lain para menteri Kabinet Indonesia Maju, Sekretaris Kabinet, TNI, Kepolisian Negara Republik Indonesia, sejumlah lembaga pemerintah non kementerian, hingga para kepala daerah ditingkat provinsi dan kabupaten/kota. Setiap lembaga tersebut

16 Kementerian Kesehatan RI (2021), *Ibid*., hlm. 36-37.
17 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 97.
18 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2020.

memiliki tanggung jawabnya masing-masing, dengan rincian sebagai berikut.

1. Menteri Koordinator Bidang Politik, Hukum, dan Keamanan bertugas untuk melaksanakan koordinasi, sinkronisasi, dan pengendalian terhadap penerapan protokol kesehatan selama COVID-19;
2. Menteri Dalam Negeri bertugas untuk melaksanakan sosialisasi dan mendampingi pemerintah daerah terkait penerapan protokol kesehatan;
3. Panglima TNI ditugaskan untuk memberikan dukungan pada pemerintah daerah dalam penerapan protokol kesehatan, bekerja sama dengan POLRI dan instansi lain untuk melakukan patroli secara rutin, serta melakukan pembinaan terhadap masyarakat;
4. Kepala POLRI ditugaskan untuk memberi dukungan pada pemerintah daerah dan instansi lainnya, serta bekerja sama dengan TNI dan instansi lain untuk berpatroli, serta melakukan pembinaan;
5. Para kepala daerah (Gubernur, Bupati, dan Walikota) bertugas untuk menyusun peraturan terkait penerapan protokol kesehatan dan melakukan sosialisasi kepada masyarakat.

Lembaga kementerian dan non kementerian lainnya juga memiliki tanggung jawabnya masing-masing selama pandemi. Kementerian Sosial misalnya, bertugas untuk menyalurkan bantuan sosial dalam berbagai bentuk, seperti sembako. Melalui kolaborasinya dengan Taruna Siaga Bencana (Tagana) misalnya, Kementerian Sosial menyalurkan bantuan makanan siap saji sebagai antisipasi kekurangan pangan selama masa pandemi.[19] Lainnya, terdapat Kementerian BUMN yang berkontribusi penting dalam pengadaan obat hingga APD melalui anak perusahaannya, seperti Kimia Farma. Selain itu, terdapat Kementerian Komunikasi dan Informatika yang berperan besar dalam penyebaran informasi terkait pencegahan dan penanganan virus, hingga mengenai kebijakan pemerintah. Kontribusi lainnya dari Kementerian Komunikasi dan Informatika adalah memberantas penyebaran berita bohong terkait COVID-19, yang dapat menimbulkan kepanikan di kalangan masyarakat.[20]

Di tengah gencarnya upaya penanganan COVID-19, Presiden Joko Widodo melakukan *reshuffle* kabinet dengan menunjuk Budi Gunadi Sadikin menggantikan Terawan Agus Putranto sebagai Menteri Kesehatan.[21] Pergantian tersebut salah satunya disebabkan oleh gerak Kementerian Kesehatan yang kurang gesit dalam penanganan pandemi COVID-19, sehingga hadirnya Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin yang berlatar belakang sebagai bankir dianggap

19 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 20 April 2020, hlm. 6.
20 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 19 April 2020, hlm. 7.
21 *Kompas*, edisi 23 Desember 2020.



Foto 4.2: Sejumlah WNI yang dievakuasi dari Wuhan China sedang melakukan senam bersama prajurit TNI di Lapangan Udara Raden Sadjad, Ranai, Natuna, Kepulauan Riau. Sumber: antaranews.com, edisi 10 Februari 2020

lebih relevan untuk menggerakkan kementerian tersebut kedepannya, terutama dalam penanganan COVID-19. Tentu saja, pergantian tersebut tidak bermaksud menegasikan peran Kementerian Kesehatan pada masa kepemimpinan Terawan Agus Putranto, melainkan ditujukan untuk membenahi berbagai masalah manajerial didalam kementerian hingga mempercepat laju penanganan pandemi. Segera setelah dilantik, Budi Gunadi Sadikin mulai menangani pandemi, antara lain mengatasi berbagai kabar bohong (*hoax*) terkait COVID-19. Kerja lainnya adalah terkait soal vaksin, yang harus segera diupayakan dan diperoleh untuk meningkatkan kekebalan tubuh masyarakat Indonesia.

Seiring dengan lonjakan kasus COVID-19, kolaborasi lintas sektor makin diperlukan. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin juga mendukung penggunaan pendekatan kolaborasi lintas sektor tersebut. Untuk meningkatkan layanan kesehatan misalnya, Gugus Tugas bekerja sama dengan Kementerian Perhubungan membuat fasilitas kesehatan bergerak. Realisasi dari kerja sama tersebut adalah adanya kereta medik darurat, yang difasilitasi oleh PT Industri Kereta Api (Persero).[22] Kereta medik tersebut sangat membantu penanganan COVID-19. Dalam pemanfaatannya, kereta medik bahkan dapat menampung puluhan pasien COVID-19.[23] Kemudian bekerja sama dengan Kementerian Luar Negeri, Kementerian Kesehatan dan Gugus Tugas COVID-19 juga mengatur isolasi, tracing, dan testing, terhadap WNI Pekerja Migran Indonesia dan WNI repatriasi mandiri yang kembali ke Indonesia selama masa pandemi.[24] Kementerian Luar

22 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 65.
23 *Antara News*, edisi 5 Juli 2021.
24 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)*



Foto 4.3: Proses Pemulangan WNI anak buah kapal Diamond Princess dari Pelabuhan Yokohama Jepang. Sumber: kemlu.go.id, edisi 1 Maret 2020

Negeri berkewajiban untuk memastikan bahwa WNI yang berasal dari luar negeri mematuhi peraturan tersebut.

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin juga mendorong internal Kementerian Kesehatan untuk terus berinovasi dalam menangani pandemi. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan atau Balitbangkes (yang kemudian menjadi BKPK) dalam hal ini memegang peran strategis untuk menyediakan data dan bukti ilmiah dalam pembuatan kebijakan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan penanganan pandemi. Balitbangkes secara rutin melakukan survei berbasis real-time, surveilans genomik dan variasi virus, dan evaluasi berkala untuk memastikan bahwa kajian-kajian yang dilakukan tetap relevan dengan kebutuhan kebijakan penanganan pandemi.[25] Selain itu, Balitbangkes juga berperan dalam menjadi koordinator jejaring laboratorium pemeriksa COVID-19, yang hasil pemeriksaannya juga menjadi bahan kajian bagi Balitbangkes untuk mencari solusi penanganan pandemi.[26]

Kolaborasi lintas sektor terus di arus utamakan oleh pemerintah, termasuk dalam upaya pemulihan akibat pandemi. Pandemi COVID-19 yang berdampak pada kondisi ekonomi nasional misalnya mendorong pemerintah untuk membentuk Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPC-PEN) untuk mengambil peran, seperti menyalurkan kredit, mengadakan pelatihan keterampilan secara terbatas, dan lain-lain untuk mengantisipasi

Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020, No. 115.

25 Wawancara dengan Syarifah Liza Munira, S.E., MPP., Ph.D, Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, pada 7 Oktober 2024.

26 Wawancara dengan Syarifah Liza Munira, S.E., MPP., Ph.D, Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, pada 7 Oktober 2024.

situasi perekonomian. Seiring berjalannya waktu, tugas KCP-PEN juga diperluas ke ranah kesehatan, keuangan, hingga pembangunan sosial. Hasil dari kolaborasi lintas sektor tersebut diantaranya adalah pulihnya Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah (UMKM) melalui program penjaminan kredit, pemberian dana stimulus, hingga pemberdayaan UMKM untuk memproduksi alat-alat kesehatan seperti masker selama masa pandemi.[27] Hal ini menunjukkan bahwa dengan uluran tangan berbagai sektor yang berbeda, pemulihan ekonomi dan bidang-bidang lainnya sangat mungkin dicapai selama masa pandemi COVID-19.

Kolaborasi lintas sektor antara lembaga kementerian dan non kementerian dalam sektor kesehatan juga diharapkan dapat terus dilakukan pascapandemi COVID-19. Aparat keamanan, seperti TNI dan POLRI seharusnya tetap membantu pengawasan kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, mereka dapat membantu melaporkan pada petugas kesehatan ketika terjadi kasus kesehatan di daerahnya, terutama kasus kesehatan darurat yang memerlukan pertolongan medis secepatnya[28]. Bagaimanapun, kolaborasi lintas sektor semacam ini menjadi sangat strategis dalam mencegah penyebaran sebuah wabah, yang utamanya membahayakan kesehatan masyarakat.

2. Kerja Sama Antar Negara

Menyadari bahwa pandemi COVID-19 adalah bencana kesehatan global, Pemerintah Indonesia juga berupaya berkolaborasi dengan sejumlah negara karena adanya kebutuhan dan situasi yang sama. Komunikasi antar negara periode awal COVID-19 ditujukan untuk memastikan perawatan warga negara asing yang terindikasi dan terpapar COVID-19 di Indonesia. Ketua Gugus Tugas COVID-19, Doni Monardo, mengeluarkan surat permohonan kepada Kementerian Kesehatan untuk mengeluarkan informasi terbatas mengenai warga negara asing (WNA) yang terindikasi dan terpapar COVID-19. Data-data tersebut kemudian diteruskan pada Direktur Jenderal Protokol dan Konsuler Kementerian Luar Negeri RI untuk disampaikan pada perwakilan negara yang bersangkutan. Dengan demikian, ada keterbukaan informasi dan proses perawatan yang jelas terhadap kasus COVID-19 pada WNA di Indonesia.[29] Selain itu, Kementerian Kesehatan juga terus berkomunikasi dengan berbagai negara, terutama untuk

27 Ratnawati Marganingsih, "Program Pemulihan Ekonomi Nasional sebagai Penanggulangan Dampak Pandemi COVID-19 Pada Sektor UMKM", dalam *Moneter: Jurnal Akuntansi dan Keuangan*, Vol. 8, No. 2, 2021.

28 Wawancara dengan Prof. Dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), MARS, DTM&H, DTCE, FISR, Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI, pada 31 Juli 2024.

29 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 11.



Foto 4.4 Presiden Jokowi Bersama Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto Mengumumkan Pasien Pertama COVID-19 di Indonesia di Istana Kepresidenan. Sumber: nasional.kompas.com, edisi 2 Maret 2020

memastikan data terkait WNI yang terindikasi atau terpapar COVID-19 di luar negeri. Sebagai contoh, komunikasi tersebut dilakukan antara Kemenkes RI dengan pemerintah Korea Selatan ketika WNI yang masuk ke Korea pada Februari 2020 terkonfirmasi terpapar COVID-19.[30]

Kementerian Kesehatan terus mendukung kolaborasi antarnegara, baik yang bersifat bilateral maupun multilateral dalam penanganan dan pengendalian pandemi. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan menggandeng Kementerian Luar Negeri untuk menjalankan kepentingan tersebut. Hasilnya, Kementerian Luar Negeri di bawah kepemimpinan Retno Marsudi melakukan diplomasi untuk pengadaan vaksin, obat, hingga APD. Kolaborasi tersebut dilakukan dalam berbagai bentuk, mulai dari kerja sama bilateral hingga multilateral.

Selama masa pandemi, Indonesia sebenarnya masih mampu memproduksi APD dalam jumlah terbatas. Atas nama kemanusiaan dan menghormati kerja sama antar negara, Indonesia juga masih melakukan ekspor APD ke beberapa negara seperti Korea. Utamanya, hal ini dikarenakan Korea telah mengirimkan bahan baku pembuatan APD ke Indonesia, sehingga produksi APD dalam negeri dapat dilakukan. Sebagai gantinya, Indonesia juga berkewajiban mengekspor sebagian APD nya ke Korea Selatan untuk menjaga hubungan baik tersebut.[31] Situasi serupa juga terjadi dalam konteks kerja sama Indonesia dan Jepang.[32]

30 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 10.
31 *Kompas*, edisi 20 April 2020.
32 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)*

Dalam konteks manajemen dan pengendalian kerja sama tersebut, Gugus Tugas melakukan komunikasi dengan negara yang bersangkutan melalui perantara Kementerian Luar Negeri.

Namun seiring dengan meningkatnya kasus COVID-19, tantangan terbesar dalam diplomasi pengendalian COVID-19 adalah terbatasnya akses terhadap vaksin hingga APD. Situasi ini sangat wajar terjadi pada masa krisis, karena setiap negara memiliki hak untuk mengamankan stok vaksin, obat, dan alat-alat kesehatan mereka untuk kepentingan nasionalnya. Namun, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Luar Negeri mengupayakan akses yang merata terhadap vaksin, sehingga semua negara - termasuk negara-negara berkembang dan miskin - dapat memperoleh layanan tersebut. Diplomasi vaksin Kementerian Luar Negeri RI makin besar peranannya ketika negara produsen vaksin seperti India, Filipina, dan sejumlah negara Eropa melakukan embargo vaksin, sehingga ada kemungkinan bahwa Indonesia tidak bisa mengimpornya.[33] Sementara itu, selama tahun 2020 WHO juga memberikan jatah vaksin yang hanya cukup untuk 20% populasi Indonesia, sehingga di bawah arahan Kementerian Kesehatan, Kementerian Luar Negeri menggandeng Kementerian BUMN bekerja sama dengan China, Uni Emirat Arab, hingga Inggris untuk mengamankan stok vaksin.[34] Dalam konteks ini, kerja sama dengan Kementerian Keuangan dan Badan Pengawas Obat dan Makanan juga menjadi sangat penting untuk memastikan anggaran dan keamanan vaksin.

Tak hanya itu, Kementerian Luar Negeri Indonesia dengan dukungan Kementerian Kesehatan dan lembaga negara lainnya juga aktif dalam diskusi-diskusi kesehatan di G20. Diplomat-diplomat Indonesia, terutama Retno Marsudi, mendukung penguatan arsitektur kesehatan global melalui upaya keterbukaan akses terhadap vaksin. Hasilnya, G20 mendukung pengurangan bea vaksin, disinfektan, obat-obatan, dan alat medis, serta mendukung injeksi penanganan COVID-19 sebesar lebih dari 5 triliun dollar AS.[35] Kolaborasi antara Kementerian Kesehatan dengan Kementerian Luar Negeri juga dilakukan dalam mengupayakan pengakuan atas sertifikat vaksin di ranah internasional, sehingga memudahkan Warga Negara Indonesia (WNI) yang melakukan perjalanan ke luar negeri. Pengakuan tersebut menjadi sangat penting dalam periode pemulihan pandemi (era normal baru), dimana perjalanan jarak jauh mulai diberikan akses oleh pemerintah dalam negeri maupun luar negeri.

Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020, No. 42.

33 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Kolaborasi Seluruh Negeri Menanggulangi Pandemi*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023), hlm. 176.

34 *Kompas*, edisi 16 Oktober 2020.

35 *Kompas*, edisi 12 November 2022.



Foto 4.5 : Juru Bicara Pemerintah untuk Penanganan COVID-19, Achmad Yurianto Memberikan Keterangan Pers di Kantor Presiden. Sumber: nasional.kompas.com, edisi 11 Maret 2020.

3. Kerja Sama dengan Institusi Swasta hingga Komunitas

Pendekatan kolaborasi lintas sektor juga hadir dalam bentuk kolaborasi pemerintah dengan perusahaan dan atau organisasi swasta, setidaknya untuk beberapa aspek atau kepentingan mendesak. Pertama, ialah kolaborasi untuk memperkuat upaya *tracking, testing,* dan *tracing*, kasus COVID-19. Institusi swasta - terutama laboratorium - berperan dalam membantu tes PCR terhadap orang-orang yang terindikasi atau mengalami gejala COVID-19.[36] Kolaborasi tersebut meringankan kinerja pemerintah, terutama Kementerian Kesehatan yang pada saat itu masih memiliki kapasitas yang terbatas untuk melakukan tes PCR. Kedua, kolaborasi untuk pengadaan Alat Pelindung Diri (APD) yang mengalami lonjakan harga sekaligus kelangkaan selama pandemi. Kontribusi pihak swasta menjadi sangat bernilai karena pada saat yang sama, hampir seluruh negara yang menjadi pengekspor masker dan APD lainnya, seperti China dan Taiwan, menghentikan pengirimannya untuk kepentingan dalam negeri mereka.[37] Karenanya, stok APD dan kebutuhan penanganan COVID-19 di Indonesia sangat bergantung pada kontribusi pihak swasta di dalam negeri, meskipun pemerintah juga melakukan lobi terhadap perusahaan di sejumlah negara untuk tetap mengekspor APD.

Kedua, kolaborasi dalam pengadaan tempat karantina hingga perawatan pasien COVID-19. Sebagai contoh, ketika terjadi kekurangan rumah sakit untuk

36 Wawancara dengan Dr. Benget Saragih, Kepala Subdirektorat Karantina Kesehatan Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI, dalam FGD Kebijakan Kesehatan Pada Masa Pandemi COVID-19, pada 13 September 2024.

37 *Jawa Pos*, edisi 3 Desember 2020, hlm. 12.

kepentingan karantina pasien, Gugus Tugas COVID-19 memanfaatkan sejumlah hotel, wisma, atau asrama swasta untuk kepentingan tersebut. Setiap tempat karantina tersebut juga dilengkapi dengan tenaga kesehatan, *ambulance*, alat-alat kesehatan, hingga obat-obatan. Ketiga, kolaborasi untuk pengadaan alat dan fasilitas kesehatan, dimana Kementerian Kesehatan mendorong lab-lab swasta untuk ikut serta berkontribusi. Kolaborasi tersebut utamanya ditujukan untuk *tracing* dan *tracking* kasus hingga vaksinasi. Keempat, kolaborasi untuk pengadaan SDM untuk mengatasi krisis tenaga kesehatan selama pandemi. Dalam konteks ini misalnya, Kementerian Kesehatan mendorong lulusan perguruan tinggi swasta (seperti Politeknik Kesehatan) untuk terjun dalam penanganan pandemi.

Namun demikian, penanganan pandemi COVID-19 tidak cukup hanya dengan peranan pemerintah dan swasta. Kolaborasi di pemimpin lokal juga menjadi sangat penting untuk pencegahan penyebaran COVID-19 sekaligus penanganannya di akar rumput. Pemimpin lokal seperti Camat, Lurah, dan Kepala Desa, bersama dengan Babinsa, Karang Taruna, PKK, Posyandu, hingga tokoh pemuda, berkewajiban mempunyai kewajiban untuk membuat laporan sekaligus evaluasi mengenai jumlah tes COVID-19, kasus positif, dan aspek lain yang memudahkan pelacakan kasus COVID-19.[38] Kepemimpinan di tingkat lokal seperti kelurahan, RT, dan RW, hingga pemuka agama juga memainkan peran penting untuk meningkatkan rasa kepedulian di tingkat komunitas. Selama masa pandemi, telah muncul sejumlah gebrakan baru yang diinisiasi oleh masyarakat. Per April 2020 misalnya, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi mencatat bahwa lebih dari 40.000 desa telah membentuk relawan COVID-19.[39] Jumlah tersebut cukup menunjukkan tingginya kepedulian komunitas di tengah situasi krisis. Sumbangsih gerakan relawan pun bermacam-macam. Misalnya, di Yogyakarta terdapat gerakan relawan SONJO untuk membantu orang-orang yang terinfeksi atau rentan terinfeksi COVID-19. Di Palembang, dibentuk relawan desa yang membantu penyuluhan publik terkait pencegahan dan penanganan COVID-19.[40] Di Jawa Tengah Pemerintah Daerah menggalakkan Gerakan Jogo Tonggo atau menjaga tetangga, yang merupakan gerakan untuk saling menjaga antar tetangga, saling bahu membahu dan bergotong royong dalam menghadapi secara bersama-sama Pandemi Covid-19.[41] Untuk mengatasi dampak PSBB bagi perekonomian masyarakat kurang mampu pada masa Pandemi sejak Juni 2020, Kagama (Keluarga Alumni Gadjah Mada) di

38 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4641 Tahun 2021.
39 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 20 April 2020, hlm. 6.
40 *Sriwijaya Post*, edisi 6 April 2024, hlm. 11.
41 Rikin, A. S. *Jogo Tonggo, Kearifan Lokal Jateng Atasi Dampak COVID-19.* (2020)

Yogyakarta berinisiasi membuat gerakan *canthelan* sembako gratis. Setiap hari mereka mengemas dalam plastik berbagai kebutuhan sehari-hari masyarakat (biasanya sayuran dan makanan) dalam jumlah tertentu, yang di*canthel*kan pada sebuah papan yang ditempatkan di ruang terbuka. Siapapun yang membutuhkan dapat mengambilnya secukupnya.[42] Gerakan ini kemudian meluas ke beberapa wilayah di Indonesia dan dilakukan tidak hanya oleh lembaga masyarakat, namun juga oleh pihak pemerintah daerah dan swasta. Dalam gerakan-gerakan serupa, umumnya masyarakat bertugas untuk membantu penyuluhan publik, mengelola *shelter* isolasi, hingga membantu penyediaan makanan bagi pasien isolasi mandiri, sementara pemimpin lokal (biasanya di tingkat desa atau kelurahan) mengurus pengelolaan dana yang diperlukan.

Selain itu, ketaatan komunitas terhadap protokol kesehatan juga menjadi kunci penanganan pandemi. Selama periode ini, Kementerian Kesehatan mengembangkan iklan layanan masyarakat terkait pencegahan hingga penanganan pandemi, memberikan informasi terkait apa yang harus dilakukan dan tidak dilakukan terkait COVID-19, hingga mendorong masyarakat untuk saling membantu sesama.[43] Dalam konteks pandemi COVID-19, inisiatif komunitas tersebut menjadi sangat bernilai dalam membantu kerja-kerja tenaga kesehatan sekaligus berkontribusi dalam meminimalisir penularan virus dari para tenaga kesehatan yang ditempatkan di rumah sakit atau Puskesmas.

4. Kebijakan Karantina Wilayah

Kebijakan yang juga vital selama masa pandemi COVID-19 adalah pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Secara umum, PSBB mengacu pada pembatasan kegiatan masyarakat yang bertujuan untuk mencegah kerumunan, sehingga meminimalisir kontak dan penularan COVID-19. Kebijakan PSBB pada masa COVID-19 diberlakukan mulai 31 Maret 2020 melalui pengesahan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 yang disusun berdasarkan tiga landasan hukum, yakni Undang-undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, serta Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.[44]

Kebijakan PSBB sontak menuai pro dan kontra dari masyarakat. Dalam sejarah kesehatan Indonesia pasca-reformasi, PSBB COVID-19 memang program

42 https://kagama.co/2020/07/15/gerakan-kagama-canthelan-menguatkan-solidaritas-masyarakat/
43 Wawancara Tertulis dengan dr. Kirana Pritasari, MQIH, Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI 2028-2020 dan Staf Ahli Menteri Kesehatan Bidang Desentralisasi Kesehatan 2021, pada 16 Oktober 2024.
44 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *op.cit*, hlm. 18.



Foto 4.6: Sejumlah Aparat Kepolisian Memeriksa Pengendara di Kota Bandung saat diterapkannya PSBB. Sumber: liputan6.com, edisi 22 April 2020

karantina pertama yang diterapkan oleh pemerintah, sehingga menimbulkan sedikit kegaduhan. Meskipun penting untuk digarisbawahi, karantina kesehatan bukanlah hal baru dan pernah diterapkan berkali-kali sejak Indonesia kolonial, misalnya ketika terjadi wabah pes dan flu spanyol.[45] Selama masa COVID-19, salah satu perdebatan yang menonjol dalam persoalan karantina wilayah adalah masalah ekonomi, yang dinilai akan menurun ketika aktivitas dan ruang gerak masyarakat dibatasi. Pola perdebatan ini juga pernah terjadi pada masa kolonial, dimana karantina wilayah dinilai mengganggu perekonomian hingga memakan anggaran negara yang cukup besar.[46] Namun pada masa COVID-19, pemerintah tak punya pilihan lain. Untuk menyelamatkan nyawa masyarakat umum dan tenaga medis, maka kebijakan karantina wilayah tetap diterapkan.

Berdasarkan Pasal 4 dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020, cakupan PSBB setidaknya meliputi pembatasan kegiatan keagamaan, kegiatan di tempat atau fasilitas umum, serta peliburan sekolah dan kantor.[47] Namun menurut Permenkes Nomor 9 tahun 2020 yang mengatur PSBB secara teknis, pembatasan tersebut juga diberlakukan untuk pembatasan kegiatan sosial budaya, moda transportasi, hingga kegiatan terkait pertahanan dan keamanan.[48] Pemberlakuan PSBB juga bertujuan untuk menyeimbangkan kapasitas pelayanan

45 Martina Safitry, "Kisah Karantina Paris of the East: Wabah Pes di Malang, 1910-1916", dalam *Jurnal Sejarah*, Vol. 3, No. 1, 2020; Herdi Widya Wardhana dan Artono, "Pandemi Flu Spanyol Tahun 1918 di Wilayah Mojowarno", dalam *Avatara*, Vol. 12, No. 2, 2022; Ravando, *Perang Melawan Influenza: Pandemi Flu Spanyol di Indonesia Masa Kolonial, 1928-1919*, (Jakarta: Kompas, 2020).

46 Gani A. Jaelani, "Melampau Batas-Batas: Perdebatan Ekonomi Politik Penerapan Karantina di Masa Kolonial", dalam *Jurnal Sejarah*, Vol. 3, No. 1, 2020.

47 Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020.

48 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 tahun 2020.

kesehatan di Indonesia dengan jumlah kasus COVID-19, dengan harapan tidak terjadi lonjakan jumlah kasus dan angka kematian.[49] Dengan demikian, tidak terjadi kekurangan kapasitas Puskesmas dan Rumah Sakit untuk kasus COVID-19. Dari sini, dapat dipahami bahwa fokus dari kebijakan PSBB adalah pada aspek kesehatan masyarakat. Namun demikian, Presiden Joko Widodo mendukung kebijakan PSBB dengan bantuan Program Keluarga Sehat, Kartu Sembako, Kartu Prakerja, dan pembebasan tarif listrik selama tiga bulan untuk menjamin pelaksanaan pembatasan wilayah.[50]

Selama penerapan PSBB, salah satu tugas terbesar Gugus Tugas COVID-19 dan pemerintah, terutama Kementerian Kesehatan, adalah memastikan bahwa karantina wilayah berjalan dengan baik, aman, dan terkendali. Namun, semua itu tidak bisa dicapai tanpa kolaborasi dengan berbagai pihak di tingkat kabupaten, kecamatan, hingga desa. Karenanya, kolaborasi lintas sektor lagi-lagi menjadi pendekatan yang sangat penting dalam aspek ini. Kepala Daerah bertugas untuk mengusulkan PSBB sesuai dengan PP Nomor 21 Tahun 2020, dengan mempertimbangkan jumlah kasus atau kematian yang signifikan di dalam wilayah yang dipimpinnya. Dalam kasus tertentu, terutama jika terjadi peningkatan jumlah kasus atau kematian yang signifikan dan kepala daerah belum mengajukan PSBB, maka Kepala BPNB bisa memberikan rekomendasi agar wilayah tersebut memberlakukan PSBB.[51] Dalam melaksanakan PSBB, Kepala Daerah harus berkoordinasi dengan aparat penegak hukum, aparat keamanan, penanggung jawab fasilitas kesehatan, dan instansi logistik setempat sesuai dengan Permenkes Nomor 9 Tahun 2020. Kepala Daerah dan Gugus Tugas Daerah juga harus memastikan bahwa edukasi, sosialisasi, dan kampanye pencegahan dan penanganan COVID-19 tetap dilakukan selama masa PSBB.[52] Pihak keamanan seperti TNI dan POLRI juga menjadi unsur yang penting, terutama untuk memastikan tidak ada pelanggaran terhadap PSBB. Juga, Babinsa dan Bintara ikut berperan dalam memastikan masyarakat taat terhadap aturan PSBB dan membantu *tracing* kasus COVID-19 di tingkat desa.

Pelaksanaan PSBB mengalami perubahan dan fluktuasi seiring dengan kenaikan atau penurunan jumlah kasus COVID-19. Ketika terjadi lonjakan kasus di DKI Jakarta pada September 2020 misalnya, diberlakukan PSBB Ketat pada 14 September sampai 11 Oktober 2020.[53] Selama PSBB Ketat, pemerintah

49 Wawancara dengan dr. Siswanto, MPH., DTM, Analis Kebijakan BKPK Kementerian Kesehatan RI, pada 12 Juni 2024.
50 Kementerian Kesehatan RI, Kolaborasi Seluruh Negeri…, *op.cit.*, hlm. 17.
51 Kementerian Kesehatan RI, *ibid*, hlm. 19-20.
52 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 39.
53 Slamet, *Potret Pandemi COVID-19 dan Penanggulangannya: Pandemi Mengubah Pola Kehidupan*,



Foto 4.7: Seorang Petugas Kepolisian melaksanakan Operasi Penyekatan PPKM Darurat di Kota Pontianak, Kalbar. Sumber: nasional.kompas.com, edisi 6 Juli 2021.

memberlakukan pembatasan kapasitas maksimal 50% pada sebelas sektor usaha yang esensial, mulai dari kesehatan, bahan pangan, makanan dan minuman, energi, komunikasi dan teknologi informasi, keuangan, logistik, perhotelan, konstruksi, industri strategis, serta unit layanan dasar yang menjadi objek vital nasional atau terkait dengan kebutuhan sehari-hari. Kebijakan PSBB ketat berkontribusi dalam penurunan kasus konfirmasi positif COVID-19, terutama di DKI Jakarta. Capaian ini mendorong pemerintah memberlakukan PSBB Transisi, yang diterapkan oleh sejumlah pemerintah daerah seperti DKI Jakarta hingga Bogor.

Pada 2021, Pemerintah melakukan perubahan kebijakan terkait karantina wilayah. Kebijakan PSBB yang fokus pada karantina wilayah berskala besar, diubah menjadi karantina berskala kecil seperti kabupaten atau kota melalui kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM). Kebijakan tersebut diberlakukan melalui Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2021, yang menginstruksikan Gubernur dan bupati/ wali kota di 8 (delapan) provinsi, yakni Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, serta Bali, untuk menerapkan PPKM.[54] Cakupan pembatasan selama masa PPKM antara lain batas kapasitas perkantoran maksimal 25%, proses belajar mengajar dilaksanakan secara daring, perizinan sektor-sektor esensial untuk tetap beroperasi penuh, hingga pembatasan kapasitas restoran maksimal 25% dengan jam operasional maksimal sampai

(Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2022, hlm. 87.

54 Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2021.

pukul 19.00 WIB.[55] Selama masa PPKM, sosialisasi terkait bahaya, pencegahan, dan penanganan COVID-19 juga terus digalakkan oleh pemerintah pusat hingga daerah.

Dalam perencanaan hingga pelaksanaan PPKM, Kementerian Dalam Negeri memiliki andil yang cukup besar, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Kebijakan PPKM yang notabene dilaksanakan di tingkat daerah (baik kabupaten/kota maupun provinsi) berada dibawah pembinaan pemerintah pusat, dalam hal ini adalah Kementerian Dalam negeri. Selama masa PPKM, Kementerian Dalam Negeri juga memiliki wewenang untuk melakukan diskresi ketika terjadi pelanggaran terhadap mobilitas masyarakat.

Sama halnya dengan penerapan PSBB, penerapan kebijakan PPKM juga mengalami berbagai perubahan akibat jumlah kasus COVID-19 yang fluktuatif. Karenanya, seberapa ketat pembatasan kegiatan masyarakat dilakukan juga menyesuaikan pada laju kasus tersebut. Juga, oleh karena sifat dari kebijakan PPKM yang sangat kontekstual atau menyesuaikan laju kasus COVID-19 di tingkat lokal, maka penerapan PPKM antara satu daerah dengan daerah yang lain bisa sangat berbeda. Dalam konteks ini, peranan pemimpin daerah hingga lokal (RT/RW) menjadi sangat penting, terutama dalam memahami laju kenaikan kasus COVID-19 dan urgensi diterapkannya PPKM atau tidak di wilayah mereka. Penerapan PPKM terbagi menjadi beberapa periode. Pertama, ialah PPKM yang terdiri dari Tahap I dan II dalam rentang waktu 11 Januari 2021 sampai 8 Februari 2021.[56] Periode kedua adalah PPKM Mikro yang tahap pertamanya diselenggarakan pada 9-22 Februari 2021 dengan dasar hukum Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 tahun 2021, yang mencakup tujuh provinsi, yakni DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Bali.[57] PPKM Mikro tahap selanjutnya, hingga Juli 2021, mengalami fluktuasi dalam hal cakupan wilayah yang kemudian mencakup sejumlah provinsi lainnya. Periode ketiga ialah PPKM Darurat yang diselenggarakan pada Juli 2021. Terakhir, PPKM level 1 sampai 4, yang penerapannya dilakukan berdasarkan jumlah kasus aktif per 100.000 penduduk per minggu.

Kebijakan PPKM dicabut oleh pemerintah pada Desember 2022, seiring dengan menurunnya laju kasus COVID-19 di Indonesia dan dunia.[58] Pertimbangan lainnya adalah sistem dan pelayanan kesehatan di Indonesia yang semakin membaik dan siap menghadapi berbagai situasi. Namun demikian, pencabutan

55 Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2021.
56 Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 2021.
57 Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 tahun 2021.
58 *Kompas*, edisi 31 Desember 2022.

PPKM bukan menandakan bahwa COVID-19 telah sepenuhnya hilang, karenanya Kementerian Kesehatan menghimbau masyarakat untuk tetap waspada, menjaga jarak, dan memperhatikan kesehatan masing-masing. Berbagai layanan kesehatan, mulai dari Puskesmas hingga Rumah Sakit, juga tetap melayani pasien dengan keluhan yang mengarah pada COVID-19 meskipun kebijakan PPKM telah dicabut.

Selama PPKM diberlakukan, salah satu aspek yang cukup penting adalah kolaborasi lintas sektor. Setiap kementerian misalnya memiliki tanggung jawabnya masing-masing, seperti Kementerian Sosial yang tetap mengalirkan bantuan sosial untuk memastikan masyarakat tetap 'aman' selama pandemi hingga Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara bertanggung jawab atas penyesuaian jam kerja Aparatur Sipil Negara (ASN), yang berkontribusi besar dalam tertib atau tidaknya pelaksanaan PPKM di berbagai daerah di Indonesia. Disisi lain, aparat pertahanan dan keamanan seperti TNI hingga POLRI juga bertanggung jawab untuk memastikan keamanan masyarakat dan memastikan bahwa aturan-aturan PPKM tetap dipatuhi. Namun karena levelnya yang mikro, yakni ditingkat daerah, maka aparat keamanan lokal seperti Satpol PP hingga Babinsa juga memiliki peranan yang tak kalah besar. Umumnya, mereka melakukan pengawasan dan pengendalian keamanan di desa-desa, melakukan patroli rutin, hingga mengatasi pelanggaran terhadap aturan PPKM.

5. Tata Kelola Vaksinasi COVID-19

Kebijakan lain yang penting dalam tata kelola kesehatan era pandemi COVID-19 adalah pelaksanaan vaksinasi. Melalui Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020, Presiden Joko Widodo memutuskan untuk mempercepat pengadaan vaksin dan penetapan pelaksanaan vaksinasi. Upaya pengadaan vaksin secara institusional diserahkan kepada PT Bio Farma (Persero) untuk kemudian melakukan sejumlah kerja sama dalam pengadaan vaksin. Kerja sama luar negeri juga menjadi titik perhatian pemerintah dalam pengadaan vaksin ini, yang diutamakan untuk bekerja sama dengan The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI); The Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI), dan lembaga internasional lainnya.

Secara umum, lembaga kementerian yang bertanggung jawab penuh dalam pengadaan dan pelaksanaan vaksinasi adalah Kementerian Kesehatan. Untuk efisiensi dan efektivitas pelaksanaan vaksinasi, Menteri Kesehatan Terawan membentuk Tim Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/6573/2020.[59] Dalam tim pelaksanaan

59 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/6573/2020.

tersebut, Kementerian Kesehatan bekerja sama Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Tim Pelaksanaan COVID-19 dibagi menjadi lima bidang utama. Bidang *Pertama*, ialah bidang perencanaan, yang bertugas menganalisis situasi pandemi, menyusun rencana kegiatan vaksinasi, menyusun rencana anggarannya, serta berkoordinasi dengan perencana vaksinasi di tingkat provinsi. Bidang *Kedua*, ialah bidang logistik yang menyusun usulan permintaan kebutuhan vaksin, memantau pengadaan hingga distribusi, serta melakukan koordinasi dengan produsen vaksin nasional. Bidang *Ketiga* adalah pelaksanaan, bertugas mengadakan pelatihan vaksinasi kepada tenaga pelaksana, melakukan penyuluhan publik, memantau kampanye dan pengenalan vaksin, serta bekerja sama dengan lintas sektor. Bidang *Keempat*, ialah bidang komunikasi yang fokus pada liputan dan dokumentasi kegiatan hingga menyebarluaskan informasi pelaksanaan vaksinasi. Bidang *Kelima*, ialah bidang monitoring dan evaluasi, yang bertugas melakukan pengumpulan data kegiatan vaksinasi, penilaian, hingga berkoordinasi dengan tingkat provinsi.

Kementerian Kesehatan juga terus berkomunikasi dengan Pemerintah Daerah terkait kebutuhan vaksinasi. Hal ini dilakukan untuk memetakan pasokan jumlah vaksin yang disesuaikan dengan kondisi di daerah tersebut, sehingga pada awal vaksinasi COVID-19, memang terjadi perbedaan jumlah stok vaksin antara satu daerah dengan daerah lainnya.[60] Namun, hal ini bukan berarti bahwa pemerintah bersikap pilih kasih dalam memberikan vaksin. Sebaliknya, pemberian vaksin pada periode awal diprioritaskan untuk daerah-daerah yang memang sangat membutuhkan dan menjadi berisiko tinggi jika tidak segera dilakukan vaksinasi. Namun dalam perkembangannya, pemerataan distribusi vaksin makin meningkat. Bahkan, daerah-daerah terpencil pun tak luput dari program vaksinasi, yang distribusi vaksinnya terutama dibantu oleh pihak swasta.[61]

Merujuk pada susunan tata kelola di atas, maka pendekatan kolaborasi lintas sektor lagi-lagi juga menjadi kunci dalam kesuksesan vaksinasi COVID-19. Terutama dalam hal kampanye dan pelaksanaan vaksinasi di lapangan, pemerintah tentu membutuhkan peranan para pemimpin lokal seperti kepala desa atau lurah, Ketua RT, dan Ketua RW. Kampanye vaksinasi COVID-19 dalam banyak hal juga melibatkan komunitas, terutama para relawan yang turut membantu selama masa pandemi.

60 Wawancara dengan Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS, Dirjen P2P Kementerian Kesehatan RI periode 2021-2024, 10 September 2024.

61 Wawancara dengan Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS, Dirjen P2P Kementerian Kesehatan RI periode periode 2021-2024, 10 September 2024.

6. Restrukturisasi dan Transformasi Organisasi Kesehatan

Pandemi COVID-19 mengungkapkan kelemahan sistem kesehatan Indonesia, khususnya dalam hal kesiapan dan mitigasi bencana kesehatan. Sistem kesehatan pada saat itu belum sepenuhnya siap untuk merespons krisis besar seperti pandemi, yang membutuhkan penanganan lintas sektor dan kecepatan dalam pengambilan keputusan. Selain itu, Pandemi COVID-19 juga memunculkan persoalan struktural terkait penataan organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, terutama dalam fungsi-fungsi operasional di Ditjen P2P.

Salah satu isu krusial adalah reorientasi Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP), yang kemudian berubah nama menjadi Balai Kekarantinaan Kesehatan (BKK). KKP sebelumnya memiliki peran utama dalam mengawasi pintu masuk negara, khususnya di pelabuhan dan bandara, namun pandemi menuntut peran yang lebih luas. Reorientasi ini dilakukan untuk memperkuat peran KKP atau BKK tidak hanya sebagai pengawas pintu masuk, tetapi juga sebagai pusat kendali mitigasi dan pencegahan penyakit, terutama di perbatasan negara. Pendekatan yang lebih holistik diambil, meliputi pengawasan di perimeter pelabuhan, bandara, dan berbagai fasilitas transportasi internasional. Langkah-langkah ini merupakan bagian dari upaya untuk memastikan bahwa sistem kesehatan Indonesia dapat merespons krisis dengan lebih baik di masa depan, dengan tetap mempertahankan arah kebijakan yang tepat dan adaptif terhadap perubahan situasi. Pandemi menjadi momen penting yang mendorong evaluasi mendalam terhadap kapasitas respons sistem kesehatan dan memperkuat kelembagaan di tingkat teknis, terutama dalam menghadapi ancaman penyakit menular lintas batas.

B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Periode pendanaan semasa COVID-19 dipenuhi dengan kebijakan darurat yang bertujuan untuk memperkuat sistem kesehatan, mempercepat vaksinasi, dan menyediakan fasilitas serta tenaga medis yang memadai. Perekonomian sangat terpengaruh oleh pandemi COVID-19, yang ditunjukkan kontraksi hingga 5,51%, yang menandai penurunan pertumbuhan ekonomi untuk pertama kalinya sejak krisis keuangan Asia. Semua komponen mengalami pertumbuhan negatif, dengan investasi—juga dikenal sebagai Pembentukan Modal Tetap Bruto atau PMTB—yang paling tidak stabil.[62]

Pemerintah Indonesia melakukan pendekatan yang cepat dan prudent untuk mengurangi dampaknya pada perekonomian. Fokus utama pembiayaan

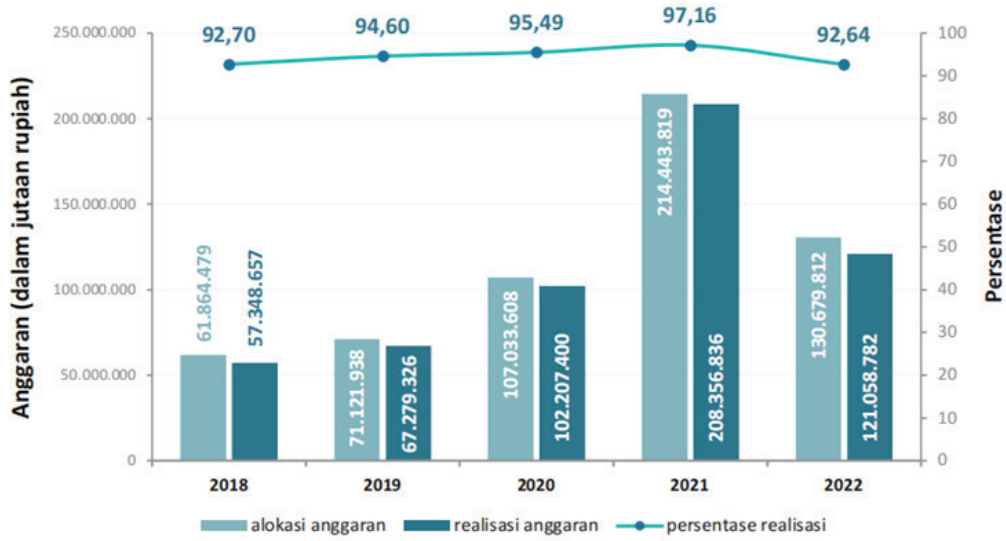
62 https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-banjarmasin/baca-artikel/14769/Pemulihan-Perekonomian-Indonesia-Setelah-Kontraksi-Akibat-Pandemi-COVID-19.html

kesehatan dilakukan melalui kebijakan fiskal dan moneter yang komprehensif. Pemerintah, di bawah arahan Presiden Joko Widodo, menerbitkan Inpres No.4/2020 yang menginstruksikan seluruh instansi pemerintah pusat dan daerah untuk mempercepat refocusing dan realokasi anggaran guna memperkuat penanganan COVID-19. Pemerintah juga menetapkan perubahan atas Postur dan Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara tahun Anggaran 2020 dengan adanya pandemi COVID-19, untuk memastikan ketersediaan anggaran dengan tetap mempertahankan kesehatan dan kesinambungan keuangan negara. Perubahan Postur dan Rincian APBN 2020 ini ditetapkan dengan Perpres Nomor 54 tahun 2020 yang kemudian diubah kembali menjadi Perpres 72 tahun 2020.

Dari sisi pembiayaan kesehatan, pemerintah memprioritaskan penyediaan fasilitas medis, alat kesehatan, obat-obatan, dan insentif bagi tenaga medis. *Social safety net* juga dioptimalkan untuk mendukung daya beli masyarakat melalui program-program bantuan seperti PKH, Kartu Indonesia Pintar, dan Kartu Sembako. Namun, pertanyaan yang perlu dijawab adalah: Sejauh mana efektivitas kebijakan ini dalam memitigasi dampak pandemi dan memastikan bahwa upaya pemulihan ini berkelanjutan dan inklusif? Dan yang terpenting, apa pelajaran yang dapat kita petik dari pengalaman ini untuk menghadapi krisis serupa di masa depan?

1. Refocusing dan Perubahan Kebijakan Fiskal untuk Menangani Pandemi

Pandemi COVID-19 telah memaksa pemerintah untuk mengambil langkah cepat untuk menyediakan anggaran dalam mitigasi bencana. Refocusing anggaran kesehatan masa Pandemi merujuk pada langkah-langkah yang diambil untuk mengalokasikan kembali atau menyesuaikan anggaran kesehatan, guna menanggulangi krisis akibat pandemi. Hal ini dilakukan untuk memastikan dana yang ada difokuskan pada hal-hal yang paling mendesak, seperti pengadaan alat kesehatan, vaksinasi, perawatan pasien, serta peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan. Dalam upaya mengatasi dampak ekonomi yang signifikan ini, pemerintah Indonesia mengeluarkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang (Perppu) No. 1 Tahun 2020 yang menjadi landasan hukum dalam mengambil tindakan cepat dalam menyelamatkan keuangan negara dan menstabilkan sistem keuangan di tengah pandemi. Dampaknya pemerintah mengalokasikan tambahan anggaran sebesar Rp 405,1 triliun untuk penanganan COVID-19. Anggaran ini dibagi menjadi beberapa pos penting, yaitu Rp75 triliun untuk belanja bidang kesehatan, Rp110 triliun untuk perlindungan sosial, Rp70,1 triliun untuk insentif perpajakan dan stimulus kredit usaha rakyat, serta Rp150



Grafik 4.1: Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan. Sumber: Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2022*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023).

triliun untuk pembiayaan program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN).[63]

Dalam Perpres No. 72/2020, Anggaran Pendapatan Negara diperkirakan sebesar Rp1.699,9 triliun, sementara Anggaran Belanja Negara sebesar Rp2.739,2 triliun; dengan rincian anggaran Pendapatan Negara ini terdiri dari Penerimaan Perpajakan sebesar Rp1.404,5 triliun, Penerimaan Negara Bukan Pajak sebesar Rp 294,1 miliar dan Penerimaan Hibah sebesar Rp1,3 triliun. Besaran anggaran Belanja Negara yang semula diperkirakan sebesar Rp 2.540,422 triliun mengalami kenaikan menjadi sebesar Rp 2.739,2 triliun. Anggaran Belanja Negara ini terdiri dari Anggaran Belanja Pemerintah Pusat (ABPP) sebesar Rp1.975,2 triliun (termasuk di dalamnya tambahan belanja untuk penanganan pandemic COVID-19 sebesar Rp 358,8 triliun), serta Anggaran Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) yang diperkirakan sebesar Rp Rp763,9 miliar, termasuk tambahan belanja untuk penanganan pandemi COVID-19 sebesar Rp 5 triliun rupiah.[64]

Selama periode 2020 hingga 2022, Kemenkes mengalami peningkatan anggaran yang signifikan. Pada tahun 2020, anggaran mencapai Rp 119,9 triliun, kemudian melonjak menjadi Rp201 triliun pada tahun 2021, dan sedikit menurun

63 https://www.presidenri.go.id/siaran-pers/pemerintah-kucurkan-rp4051-triliun-untuk-tangani-dampak-COVID-19/

64 https://setkab.go.id/inilah-perpres-72-2020-tentang-penyesuaian-kembali-postur-dan-rincian-apbn-2020/

menjadi Rp134,8 triliun pada tahun 2022. Refocusing anggaran menyebabkan persentase anggaran kesehatan terhadap APBN meningkat signifikan selama periode ini, yang pada akhirnya anggaran kesehatan direncanakan sebesar Rp 186,4 triliun atau sebesar 5,6% dari APBN. Jumlah ini meningkat 8,1% atau Rp 13,9 triliun, dibandingkan dengan anggaran pada tahun 2023.

Fokus utama dari refocusing anggaran ini adalah penanganan langsung COVID-19, termasuk program vaksinasi, pemberian insentif kepada tenaga kesehatan, dan pengelolaan klaim pasien COVID-19. Selain itu, pemerintah juga berupaya memperkuat transformasi sistem kesehatan untuk meningkatkan ketahanan menghadapi krisis kesehatan di masa depan.[65] Kemendagri melalui Dirjen Perimbangan Keuangan Daerah, mencatat bahwa terdapat 5,57 triliun anggaran COVID-19 dimanfaatkan oleh Pemda, sebesar 42,6% atau setara Rp 24,1 triliun digunakan untuk pengadaan alat pelindung diri (APD), fasilitas kesehatan, dan layanan masyarakat. Refocusing anggaran belanja tidak terduga, juga meningkat signifikan dari Rp2,94 triliun menjadi Rp24,74 triliun setelah refocusing, atau naik 842,93%. [66]

Lebih lanjut, penggunaan DAK Fisik dan DAK non fisik, yang diatur Keputusan Menteri Keuangan Nomor 6/KM.7/2020, mengamanatkan agar anggaran difokuskan untuk pembelian alat kesehatan, pembangunan infrastruktur kesehatan, serta operasional layanan medis di daerah yang terdampak pandemi. Relaksasi aturan penggunaan DAK agar diimplementasikan lebih adaptif dan menjadikan daerah lebih fleksibel dalam merevisi rencana kegiatan sesuai kebutuhan penanganan COVID-19.

Selain pada penganggaran PEN, dalam hal akselerasi capaian SPM, pemenuhan celah fiskal dalam urusan kesehatan diberikan melalui DAU. Pelaksanaan DAU melalui amanah UU No.1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Pemerintah Daerah, sebagai pengganti dari UU 28/2009 dan UU 33/2004, memungkinkan dana transfer untuk mengisi celah fiskal di daerah berupa DAU ditentukan penggunaannya / specific grant; yang semula diatur dengan block grant. Amanah UU tersebut diperkuat dengan Peraturan Menteri Keuangan dan Instruksi Menteri Dalam Negeri. Kebijakan ini memungkinkan anggaran dapat lebih tepat menjawab target outcome.

2. Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN)

Pada tahun 2020 sampai 2022, pendanaan kesehatan diarahkan pada kebijakan

65 https://www.antaranews.com/berita/2333386/menilik-anggaran-sektor-kesehatan-untuk-pengendalian-COVID-19-di-2022.

66 Presentasi. Refocusing dan Realokasi Anggaran Pemerintah Daerah Dalam Rangka Penanganan COVID-19. Ditjen Perimbangan Keuangan Daerah, Kemendagri. 16 April 2020.

selama masa Pandemi COVID-19 yang dihadapi Indonesia. Selain berbagai kebijakan yang bersifat stimulus fiskal, sumber daya para pekerja yang terserap dalam pendanaan kesehatan diarahkan pada pengendalian wabah, pembangunan fasilitas, serta vaksinasi massal. UU No 23 tahun 2020 tentang PEN (Pemulihan Ekonomi Nasional) juga memegang posisi penting pada periode ini sebagai dasar kebijakan pemulihan kondisi akibat Pandemi. Sumber dana ini berasal dari APBN dan pinjaman beberapa lembaga donor internasional, dengan total anggaran dari tahun 2020 hingga tahun 2022 sejumlah Rp1.800 triliun.[67]

Sumber anggaran PEN pada masa COVID-19 terutama berasal dari pinjaman bilateral dan multilateral. Beberapa lembaga internasional yang memberikan pinjaman kepada Indonesia untuk dana PEN adalah 1) World Bank (Bank Dunia); Bank Dunia telah memberikan berbagai bentuk pembiayaan kepada Indonesia, termasuk pinjaman sebesar $300 juta untuk mendukung kebijakan pembangunan modal manusia dan $400 juta untuk memperkuat belanja pemerintah daerah melalui program SINERGIS.[68] 2). Asian Development Bank (ADB); ADB memberikan pinjaman sebesar €462 juta untuk mendukung berbagai program di Indonesia, termasuk transisi energi yang berkelanjutan.[69] 3). Badan Pembangunan Perancis (AFD); AFD berpartisipasi dalam pendanaan dengan memberikan pinjaman sebesar €100 juta. 4). Bank Pembangunan Jerman (KfW); KfW turut serta dengan memberikan pinjaman sebesar €500 juta, mendukung berbagai inisiatif pembangunan di Indonesia.[70] 5). Japan International Cooperation Agency (JICA): JICA memberikan pinjaman sebesar ¥31.800 juta untuk mendukung program-program pembangunan di Indonesia.[71] Pinjaman ini digunakan untuk mendukung berbagai sektor seperti transisi energi, pembangunan modal manusia, dan peningkatan efisiensi belanja pemerintah daerah.

Alokasi dana PEN untuk sektor kesehatan difokuskan pada pembayaran klaim dan insentif tenaga kesehatan, klaim pasien, serta insentif perpajakan untuk vaksin dan alat kesehatan. Hingga April 2022, realisasi anggaran untuk klaster kesehatan mencapai Rp11,87 triliun dari total alokasi Rp 122,54 triliun. Selain itu, dana ini juga digunakan untuk memperkuat sistem kesehatan melalui Dana Desa. Indikator keberhasilan program ini meliputi peningkatan kapasitas layanan kesehatan, pengendalian penyebaran COVID-19, dan pemulihan ekonomi

67 Kementerian Keuangan RI, Nota Keuangan beserta RAPBN Tahun Anggaran 2024.
68 https://www.worldbank.org/in/news/press-release/2023/10/27/indonesia-world-bank-program-to-support-more-efficient-local-government-spending.
69 https://www.adb.org/id/news/adb-approves-policy-loan-support-indonesia-energy-transition
70 https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-5106374/5-lembaga-asing-yang-kasih-utang-ke-ri
71 https://www.worldbank.org/in/news/press-release/2022/07/05/new-financing-will-support-indonesia-to-improve-and-protect-human-capital

yang tercermin dari pertumbuhan ekonomi sebesar 5,01 persen pada kuartal pertama tahun 2022.[72]

3. Penguatan Keberlanjutan Jaminan Kesehatan Nasional

Selama pandemi COVID-19, JKN menghadapi berbagai tantangan regulasi dan kebijakan yang memerlukan penyesuaian cepat. Beberapa kebijakan yang diterbitkan yaitu keputusan strategi alih manfaat JKN untuk mengintegrasikan pembiayaan dan penanganan kasus COVID-19, yang mengubah tata laksana paket manfaat dalam Permenkes Nomor 59 Tahun 2016; serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4718/2021 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19, yang mengatur mekanisme klaim untuk rumah sakit penyelenggara layanan COVID-19.

Strategi alih manfaat COVID-19 ke dalam JKN merupakan langkah krusial dalam menjaga keberlanjutan sistem kesehatan Indonesia pasca pandemi. Penyesuaian paket manfaat JKN yang mencakup tes diagnostik, perawatan, dan tindak lanjut pasca-COVID dalam paket standar membutuhkan perhitungan biaya yang cermat dan penyesuaian tarif INA-CBG untuk mencerminkan biaya aktual perawatan COVID-19.

Beberapa komponen utama dalam strategi ini meliputi penyesuaian regulasi untuk mengakomodasi COVID-19 sebagai bagian dari manfaat JKN, perhitungan ulang biaya dan tarif INA-CBG untuk mencerminkan beban perawatan COVID-19, penguatan sistem informasi kesehatan untuk mendukung proses klaim dan pemantauan yang lebih efisien, serta peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan dalam menangani kasus COVID-19 sebagai bagian dari layanan rutin JKN. Mengingat beban finansial yang signifikan, strategi ini juga mempertimbangkan berbagai opsi pembiayaan, termasuk konversi iuran dan kemungkinan dana pendampingan dari pemerintah.[73] Tantangan utama dalam implementasi regulasi ini termasuk kesulitan fasilitas kesehatan dalam beradaptasi dengan perubahan regulasi yang dinamis, kompleksitas proses klaim, dan kebutuhan untuk mengintegrasikan layanan COVID-19 ke dalam skema JKN, atau strategi alih manfaat, secara bertahap.

Meskipun strategi alih manfaat COVID-19 ke dalam JKN merupakan langkah penting untuk menjaga keberlanjutan sistem kesehatan Indonesia pasca pandemi, fakta menarik muncul bahwa di tengah pandemi COVID-19, BPJS Kesehatan justru mencatatkan surplus keuangan. Pada tahun 2020, BPJS Kesehatan melaporkan

72 https://setkab.go.id/realisasi-program-pen-capai-rp7037-triliun-hingga-28-april-2022/

73 Wawancara dengan Drs. Bayu Teja Muliawan, SH, M.Pharm, MM, Apt., Staf Ahli Menteri Bid. Ekonomi Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, pada 4 Oktober 2024.

surplus sebesar Rp 18,7 triliun, suatu pencapaian yang signifikan dibandingkan defisit yang dialami pada tahun sebelumnya.[74] Surplus ini disebabkan oleh beberapa faktor:

1. Kenaikan iuran peserta JKN-KIS sesuai Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020
2. Penurunan jumlah kunjungan peserta ke rumah sakit akibat pandemi COVID-19
3. Peningkatan kepatuhan pembayaran iuran oleh peserta
4. Upaya efisiensi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan

Namun, dari sisi pelayanan, pandemi menyebabkan gangguan akses terhadap layanan kesehatan esensial. Hampir 3,5 juta warga Indonesia kehilangan akses ke perawatan kesehatan yang terjangkau akibat kehilangan pekerjaan, sementara pembatasan mobilitas dan penutupan fasilitas kesehatan berkontribusi pada penurunan permintaan layanan kesehatan, terutama yang bersifat preventif. Hal ini berpotensi menimbulkan masalah kesehatan jangka panjang dan dapat meningkatkan beban finansial BPJS Kesehatan di masa depan.

Selaras dengan cita-cita transformasi kesehatan dan untuk memitigasi peningkatan klaim pasca covid, maka surplus anggaran ini diprediksi tidak akan lama dan tidak akan mampu menutupi kekurangan dengan menelisik historis pada tahun sebelumnya. Oleh karena itu, Transformasi Kesehatan yang komprehensif pada pembiayaan kesehatan perlu dilakukan, salah satunya dengan sumber pendanaan asing. Anggaran ini bertujuan untuk meningkatkan perluasan cakupan klaim yang mendukung upaya promotif dan preventif, hingga layanan rujukan yang akan semakin diperluas. Integrasi Layanan Primer dan perluasan RS yang dapat mengerjakan penyakit berbiaya tinggi seperti Kanker, Jantung, Stroke, Uro-nefro dan KIA; menjadi salah satu *trigger* yang mendasari pendanaan bersumber asing untuk JKN.

Bank Dunia menyetujui pinjaman sebesar US$400 juta kepada Indonesia untuk memperkuat program JKN pada Desember 2021.[75] Pinjaman ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi JKN melalui "*National Health Insurance (JKN) Reforms and Results Program*". Program ini dirancang untuk periode lima tahun dan akan berfokus pada tiga area utama:

1. Peningkatan kualitas layanan kesehatan
2. Perbaikan efisiensi pembelanjaan JKN

74 https://www.kompas.id/baca/kesehatan/2021/02/09/bpjs-kesehatan-surplus-rp-187-triliun-potensi-penerimaan-lain-perlu-dioptimalkan.

75 https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/12/16/world-bank-approves-support-to-strengthen-health-insurance-improve-quality-of-health-care-in-indonesia.

3. Dukungan formulasi dan implementasi kebijakan JKN

Program ini melibatkan empat pemangku kepentingan utama JKN: Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dan Kementerian Keuangan. Koordinasi antar lembaga ini diharapkan dapat memfasilitasi reformasi yang diperlukan untuk memperkuat sistem JKN. Pinjaman Bank Dunia akan disalurkan melalui instrumen Program-for-Results (PforR), yang menghubungkan pencairan dana dengan pencapaian hasil program yang spesifik.[76]

Indikator kinerja program mencakup perbaikan proses pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit, penguatan manajemen klaim, pencegahan klaim yang tidak perlu, serta peningkatan penggunaan data dalam pengambilan keputusan. Sekitar 220 juta penerima manfaat JKN, di mana 60% di antaranya tergolong miskin atau hampir miskin, diharapkan akan mendapatkan manfaat dari perbaikan program ini. Pinjaman ini juga akan mendukung perbaikan sistem informasi kesehatan Indonesia agar dapat lebih terintegrasi untuk pembuatan kebijakan JKN yang lebih tepat sasaran.

Selain aspek pembiayaan, program ini juga bertujuan untuk memperkuat kapasitas pemerintah dalam menjaga keberlangsungan JKN melalui peningkatan mutu, efisiensi, dan pengelolaan klaim. Hal ini menjadi krusial mengingat tantangan yang dihadapi JKN akibat dampak berkepanjangan dari pandemi COVID-19 dan kemungkinan transisi dari pandemi ke endemi.

Pandemi COVID-19 telah menjadi ujian berat bagi sistem kesehatan Indonesia, memaksa pemerintah untuk bermanuver mengambil langkah-langkah cepat dan adaptif dalam mengatasi krisis. Melalui berbagai kebijakan darurat seperti refocusing anggaran, Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN), dan penyesuaian sistem JKN, Indonesia telah menunjukkan ketangguhan dalam menghadapi tantangan ini. Namun, pertanyaan yang perlu dijawab adalah: Sejauh mana efektivitas kebijakan ini dalam memitigasi dampak pandemi dan memastikan bahwa upaya pemulihan ini berkelanjutan dan inklusif? Peningkatan anggaran kesehatan yang signifikan, dukungan dari lembaga donor internasional, dan surplus BPJS Kesehatan selama pandemi telah memberikan fondasi yang kuat untuk pemulihan sistem kesehatan nasional. Tetapi, apakah peningkatan anggaran ini telah dialokasikan secara optimal dan merata untuk mengatasi disparitas kesehatan yang ada? Bagaimana pemerintah dapat memastikan bahwa dukungan dari lembaga donor internasional digunakan

76 The World Bank, *Indonesia for a National Health Insurance (JKN) Reforms and Results Program Program-for-Results* (The World Bank, November 4, 2021).

secara transparan dan efektif untuk memperkuat sistem kesehatan?

Di masa mendatang, penguatan sistem kesehatan pasca pandemi akan berfokus pada transformasi komprehensif yang mencakup peningkatan layanan promotif dan preventif, perluasan akses layanan rujukan, serta integrasi layanan primer yang lebih baik. Dukungan pinjaman dari Bank Dunia sebesar US$400 juta melalui Program Reformasi dan Hasil JKN menjadi katalis penting dalam memperkuat sistem kesehatan nasional, terutama dalam hal peningkatan kualitas layanan, efisiensi pembelanjaan, dan implementasi kebijakan yang lebih efektif. Transformasi ini diharapkan dapat menciptakan sistem kesehatan yang lebih tangguh dan berkelanjutan dalam menghadapi tantangan kesehatan di masa depan.

Transformasi komprehensif sistem kesehatan pasca pandemi, tidak boleh mengembalikan sistem pendanaan kembali ke status quo, dan harus berfokus pada peningkatan layanan promotif dan preventif, perluasan akses layanan rujukan, serta integrasi layanan primer yang lebih baik. Namun, keberhasilan transformasi ini akan bergantung pada komitmen dan sinergi dari berbagai pemangku kepentingan. Akankah pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat dapat bersatu dan berkolaborasi untuk menciptakan sistem kesehatan yang lebih tangguh dan berkelanjutan?

C. Kebijakan Sumber Daya Manusia

Saat pandemi COVID-19 pertama kali melanda Indonesia, sistem kesehatan nasional menghadapi tantangan besar. Lonjakan kasus yang begitu cepat, diiringi dengan ketidaksiapan fasilitas kesehatan, menuntut adanya tindakan cepat dari pemerintah. Salah satu langkah strategis yang diambil adalah memobilisasi tenaga kesehatan cadangan melalui Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kementerian Kesehatan. Langkah ini bertujuan untuk menutupi kekurangan tenaga medis yang semakin terasa akibat beban pandemi yang berat.

Namun, tidak semua pihak setuju dengan kebijakan ini. Ada pandangan yang menyebut bahwa mobilisasi tenaga kesehatan dalam situasi darurat seperti ini memang sangat diperlukan. Namun, kontroversinya muncul ketika implementasi kebijakan tersebut mengalami berbagai masalah yang justru menimbulkan kesan ketidakmampuan pemerintah dalam menghadapi situasi darurat. Berbagai mekanisme kebijakan dijalankan dalam mendisrupsi pengendalian pandemi; mulai dari mobilisasi, pemberian insentif, pelatihan vaksinator, perlindungan tenaga kesehatan, hingga dinamika transisi dalam mentransformasi sistem kesehatan nasional. Pandemi COVID-19 secara umum dapat dibagi menjadi tiga

fase utama, masing-masing dengan karakteristik dan tantangan uniknya. Berikut adalah ketiga fase yang menggambarkan perjalanan Indonesia melalui pandemi

1. Fase I: Guncangan Awal dan Respons Darurat (Maret 2020 - Desember 2020)

Fase ini ditandai dengan kepanikan dan ketidaksiapan yang nyata. Ketika kasus pertama diumumkan pada awal Maret 2020, Indonesia seolah terbangun dari mimpi indah akan kekebalannya terhadap virus yang telah melanda negara-negara lain.[77] Respons pemerintah yang lambat dan terkesan ragu-ragu di awal pandemi menuai kritik tajam dari berbagai pihak.[78] RS mengalami kelebihan kapasitas, fasilitas kesehatan kekurangan APD, ventilator, dan obat-obatan, dan kekurangan tenaga kesehatan yang dipaksa harus bekerja dalam kondisi yang berisiko tinggi tertular virus.

Jumlah dokter paru yang jauh dari ideal menjadi salah satu isu krusial yang mencuat, hanya ada sekitar 1.206 dokter paru di seluruh Indonesia pada September 2020, dengan distribusi yang sangat tidak merata. Kekurangan ini menyebabkan dokter yang ada mengalami kelelahan ekstrim karena harus menangani lonjakan pasien COVID-19. Sehingga fokus utama pemerintah adalah menyediakan tenaga kesehatan dengan mobilisasi SDM dan pembangunan fasilitas darurat.

Pada masa ketidakpastian tersebut, pemerintah segera merespons dengan serangkaian kebijakan darurat. Salah satu produk kebijakan pertama yang dikeluarkan adalah Keputusan Presiden No. 9 Tahun 2020, yang menegaskan pentingnya penanganan serius terhadap pandemi dan menjadi dasar bagi koordinasi antar-kementerian.[79] Dalam menghadapi situasi krisis, pemerintah Indonesia merespons dengan menerbitkan berbagai kebijakan yang bersifat darurat, terutama dalam bidang tenaga kesehatan yang berfokus pada mobilisasi, perlindungan, dan penghargaan atas dedikasi dalam memberikan pelayanan.

1. Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/328/2020 yang mengatur pedoman penanganan COVID-19 juga membuka ruang bagi pelibatan mahasiswa kesehatan dalam pelayanan kesehatan, terutama di daerah-daerah dengan keterbatasan tenaga kesehatan.

77 ”Dua Warga Terinfeksi Virus Korona, Pemerintah Sudah Siap”, *Kompas.id*, edisi 2 Maret 2020; ”WHO Imbau Pemerintah Antisipasi Meluasnya Wabah Corona”, *Koran Tempo*, edisi 3 Maret 2020.

78 ”Editorial: Sia-sia Tutupi Corona”*, Koran Tempo*, edisi 2 Maret 2020; ”Dampak Pemerintah Menunda-nunda Informasi soal Selebaran Virus Corona”, *tirto.id*, edisi 4 Maret 2020; ”2020, Humor Gelap yang Masih akan Lebih Gelap”, *Indoprogress*, edisi 22 Maret 2020; ”Blunder Tangani Corona”, *Majalah Tempo*, edisi 7 Maret 2020.

79 ”Relasi Pusat-Daerah dan Korona”, *Kompas.id,* edisi 11 Mei 2020.



Gambar 4.1: Flyer Dukungan terhadap para dokter dan paramedis dalam penanganan Covid-19 di Indonesia. Sumber: IG RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, 24 Maret 2020

2. Kepmenkes HK.01.07/MENKES/392/2020 jo HK.01.07/MENKES/278/2020, yang mengatur pemberian penghargaan kepada tenaga kesehatan melalui kebijakan pemberian insentif serta santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19.
3. Permenkes No. 10 Tahun 2020 untuk memastikan tenaga kesehatan mendapatkan alat pelindung diri (APD) yang cukup dalam menjalankan tugasnya, terutama di rumah sakit yang menangani pasien COVID-19.
4. Surat Edaran Menkes No. HK.02.01/MENKES/4394/2020 yang mengamanatkan kelonggaran perpanjangan STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) yang telah habis masa berlakunya, dinyatakan masih tetap berlaku paling lama 1 tahun sejak status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 dicabut oleh Pemerintah

BPPSDMK memainkan peran penting dalam memobilisasi dan mengkoordinasikan penugasan tenaga kesehatan, termasuk relawan, dokter co-ass, dan mahasiswa kesehatan. BPPSDMK bekerja sama dengan berbagai lembaga pendidikan dan organisasi profesi untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan yang dibutuhkan segera dikerahkan ke lapangan. Langkah awal yang diambil dengan menggandeng institusi dan profesi; Politeknik Kesehatan (Poltekkes), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), dan IDI untuk memobilisasi tenaga kesehatan cadangan. Kebijakan ini mencakup



Foto 4.8: Petugas medis bersiap di ruang perawatan Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran Jakarta pada 23 Maret 2020. Sumber: antaranews.com, edisi 23 Maret 2020

registrasi tenaga kesehatan, pembuatan database komprehensif, serta pembinaan tenaga kesehatan untuk kesiapsiagaan bencana.

Namun pengelolaan data tenaga kesehatan yang tidak terintegrasi menyebabkan berbagai kendala, salah satunya kesulitan dalam memperoleh gambaran yang akurat mengenai jumlah tenaga kesehatan yang dapat dimobilisasi, terutama saat menghadapi pandemi COVID-19. Pencatatan tenaga kesehatan sebelumnya tersebar di beberapa sistem, termasuk Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI), dan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK). Ketidakselarasan antara sistem-sistem ini mengakibatkan kesulitan dalam menentukan jumlah pasti tenaga kesehatan yang tersedia. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah memutuskan untuk mengintegrasikan pencatatan tenaga kesehatan ke dalam SISDMK. Langkah ini bertujuan untuk menciptakan satu sumber data yang komprehensif dan akurat, termasuk mencatat para relawan; baik dari organisasi profesi, mahasiswa tingkat akhir, dan masyarakat umum.

Skenario pemberian insentif pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan COVID-19 menyebabkan lonjakan signifikan dalam pencatatan tenaga kesehatan. Namun, kapasitas SISDMK ternyata terbatas dalam mengakomodasi peningkatan data yang masif ini.

Kebijakan pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam penanganan COVID-19 juga diberikan. Anggaran insentif tenaga kesehatan bersumber dari BOK. Kementerian Kesehatan telah membayarkan insentif sebesar Rp 1,303 triliun kepada 199.709 tenaga kesehatan untuk tahun 2020. Besaran insentif yang diberikan bervariasi berdasarkan kategori tenaga

> "Pada pandemi kemarin itu kita bingung mencari tenaga kesehatan karena kita tidak tahu tenaga kesehatan ada di mana. Dengan data [SISDMK], kita bisa tahu siapa yang harus dipanggil, di mana kantong-kantong tenaga kesehatan, dan memanfaatkan mereka di lokasi yang tepat. Ini sangat penting karena sebelumnya kita tidak punya data yang terintegrasi."
>
> (Arianti Anaya - Dirjen Nakes, 2022-2024)

kesehatan, dengan dokter spesialis menerima Rp 15 juta per bulan, dokter umum dan dokter gigi Rp 10 juta per bulan, perawat Rp 7,5 juta per bulan, dan tenaga kesehatan lainnya Rp 5 juta per bulan. Pembayaran insentif ini dilakukan melalui dua skema, yaitu pembayaran langsung oleh pemerintah pusat untuk tenaga kesehatan di RSUP, BUMN, RS Swasta, dan TNI/POLRI, sementara untuk tenaga kesehatan di RSUD, pembayaran dilakukan oleh pemerintah daerah.[80]

Insentif ini juga turut diberikan kepada dokter residen sebagai bentuk *hazard pay.* Setelah bertahun-tahun diperjuangkan, pemberian gaji bagi residen akhirnya terwujud pada masa pandemi COVID-19, meskipun dalam bentuk yang tidak ideal. Pemerintah memutuskan untuk memberikan insentif kepada residen dengan besaran Rp12,5 juta per bulan, berada di tengah-tengah antara insentif untuk dokter umum (Rp10 juta/bulan) dan dokter spesialis (Rp15 juta/bulan). Kebijakan ini merupakan pengakuan atas peran penting residen dalam penanganan pandemi dan refleksi dari pemahaman bahwa residen adalah tenaga kerja, bukan sekadar mahasiswa. Namun, sifat insentif ini sebagai *hazard pay* membuatnya tidak berkelanjutan, karena hanya berlaku selama masa pandemi. Situasi ini menimbulkan pertanyaan tentang keberlanjutan pengakuan dan penghargaan terhadap kontribusi residen dalam sistem kesehatan pasca-pandemi. Meskipun demikian, langkah ini menjadi preseden penting yang membuka jalan bagi diskusi lebih lanjut tentang status dan hak-hak residen

80 "Gov't to Provide Financial Incentives for Health Professionals Amid COVID-19 Outbreak", *Cabinet Secretary of The Republic Indonesia*, 21 April 2020. Diakses melalui: https://setkab.go.id/en/govt-to-provide-financial-incentives-for-health-professionals-amid-COVID-19-outbreak/ ; "COVID-19: Indonesia to Provide Financial Incentives for Front Doctors, Nuses", *The Jakarta Post*, edisi 23 Maret 2020. Diakses melalui: https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/23/COVID-19-indonesia-to-provide-financial-incentives-for-frontline-doctors-nurses.html

dalam konteks pendidikan kedokteran dan pelayanan kesehatan.

Kebijakan pemberian *hazard pay* bertujuan untuk memberikan apresiasi dan dukungan finansial bagi tenaga kesehatan yang berada di garda terdepan penanganan pandemi COVID-19. Namun, meski kebijakan ini sudah ada sejak dini, realisasinya tak luput dari berbagai masalah. Banyak tenaga kesehatan yang mengeluhkan proses pencairan insentif yang lambat dan berbelit-belit. Implementasi pembayaran insentif COVID-19 di awal tidak ditransfer langsung ke rekening tenaga kesehatan, melainkan melalui fasilitas kesehatan tempat mereka bekerja. Pemerintah memang terus melakukan perbaikan sistem, salah satunya melalui penyederhanaan proses klaim dan pembayaran langsung ke rekening tenaga kesehatan, yang diatur melalui Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4239/2021.

Meskipun tujuan dari perubahan ini adalah untuk mempercepat proses pembayaran dan menghindari potensi pungutan atau pemotongan, implementasinya menghadapi beberapa kendala, yaitu proses verifikasi data menjadi lebih kompleks karena harus memastikan keakuratan informasi rekening, kapasitas SDM terbatas, dan ketiadaan rekening tenaga kesehatan. Sehingga Pemerintah, melalui BPPSDMK, mengambil langkah untuk meminta bantuan kepada bank himbara untuk membantu proses verifikasi nomor rekening, pembukaan rekening kolektif bagi tenaga kesehatan yang belum memiliki rekening di bank, serta melaksanakan fungsi koordinatif dengan fasilitas kesehatan untuk melaporkan secara periodik mengenai penerimaan insentif, serta verifikasi data terpadu dengan Pemda. Proses pemberian insentif yang kompleks dan koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah juga menjadi tantangan utama. Proses ini membutuhkan waktu yang tidak singkat dan sering kali menjadi alasan di balik keterlambatan penyaluran insentif. Namun, hingga saat ini, masih ada timbul perdebatan mengenai apakah insentif tersebut benar-benar mampu mencerminkan apresiasi yang layak bagi para tenaga kesehatan yang berada di garda terdepan?

Masalah lain yang memicu kritik adalah fluktuasi jumlah kasus COVID-19 yang mempengaruhi kebutuhan tenaga kesehatan dan tidak ditanggapi dengan segera.[81] Dalam beberapa kesempatan, daerah yang awalnya tidak terdampak parah mendadak mengalami lonjakan kasus, tetapi tenaga kesehatan cadangan tidak selalu siap atau tidak segera dikerahkan. Di sisi lain, ada yang mempertanyakan efisiensi dari sistem tenaga kesehatan cadangan ini. Beberapa tenaga kesehatan yang direkrut melaporkan bahwa mereka sering kali tidak mendapatkan pembekalan yang memadai, sehingga kurang siap ketika

81 "Fasilitas Kesehatan Kritis, Pasien Tak Tertangani", *Kompas.id*, edisi 6 Januari 2021.

diterjunkan di lapangan. Hal ini menimbulkan kekhawatiran bahwa alih-alih menjadi solusi, sistem ini malah bisa menambah beban tenaga kesehatan yang sudah ada.

Refleksi pelajaran dari pandemi dalam konteks SDM ini adalah bahwa mobilisasi tenaga kesehatan dan pemberian insentif merupakan langkah penting dari pemerintah Indonesia dalam mengatasi krisis pandemi COVID-19. Namun, efektivitas kebijakan ini terus menjadi perdebatan di kalangan tenaga kesehatan dan publik. Banyak pihak yang menilai bahwa meski kebijakan ini memiliki niat baik, tantangan dalam implementasi dan koordinasi masih menjadi kendala besar. Kritik terhadap lambatnya pencairan insentif, kurangnya koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah, perlindungan tenaga kesehatan, serta masalah verifikasi data masih menjadi catatan penting bagi kebijakan pemerintah.

Pada akhirnya, faktor yang paling penting adalah bagaimana kebijakan-kebijakan ini diterapkan secara efektif di lapangan, sehingga tenaga kesehatan bisa mendapatkan dukungan yang dibutuhkan untuk terus berjuang di tengah Pandemi. Pandemi COVID-19 menjadi pelajaran berharga bagi Indonesia untuk memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi krisis pada masa depan.

2. Fase II: Adaptasi dan Fluktuasi (Januari 2021 - Desember 2021)

Tahun 2021 menjadi titik balik penting dalam penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia. Sebagian besar masyarakat Indonesia mulai beradaptasi dengan tata kehidupan "New Normal". Kampanye vaksinasi nasional diluncurkan atas amanah Permenkes Nomor 84 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam rangka Penanggulangan Pandemi Covid, yang memberikan secercah harapan di tengah ketidakpastian. Namun, distribusi vaksin yang tidak merata, terbatasnya tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk melaksanakan vaksin, hingga keraguan mengenai vaksin pada sebagian masyarakat menjadi tantangan tersendiri waktu itu.[82] Fase ini juga ditandai dengan fluktuasi kasus yang dramatis varian Delta.[83] RS yang *overload*, kekurangan oksigen, dan tingginya angka kematian tenaga kesehatan menjadi potret kelam pada fase ini.[84] Kebijakan

82 "Vaksinasi COVID-19 Cepat, tetapi Belum Merata", *Kompas.id*, edisi 19 Agustus 2021; "Atasi Ketimpangan Vaksinasi", *Kompas.id*, edisi 30 Juli 2021; "Resistansi Vaksinasi dan Pasokan Vaksin", *Kompas.id,* 15 Januari 2021; "Menghapus Lelah Tenaga Kesehatan COVID-19", *Interaktif.Kompas.id*, 15 Februari 2021.

83 "Varian Delta Mendominasi Lonjakan Kasus COVID-19", *Kompas.id*, edisi 14 Juni 2021; "Kolaps Dihantam Corona Galur India", *Koran Tempo*, edisi 16 Juli 2021.

84 "Tenaga Kesehatan Kelelahan dan Makin Rentan Tertular COVID-19", *Kompas.id,* 27 Juni 2021; "Pagebluk Meroket, Rumah Sakit Kolaps", *Koran Tempo*, edisi 5 Juli 2021; "Pagebluk Sadis, Stok



Foto 4.9 : Kapasitas sebuah rumah sakit di Semarang Jawa Tengah overload yang menyebabkan pasien harus dirawat di luar ruangan, 2 Juli 2021. Sumber: Koleksi Getty Images

PPKM yang bertingkat merupakan upaya pemerintah dalam menyeimbangkan antara pengendalian Pandemi dan pemulihan ekonomi.[85] Namun, inkonsistensi dalam implementasi dan komunikasi publik yang buruk dalam banyak hal justru menimbulkan kebingungan dan ketidakpatuhan masyarakat terhadap kebijakan ini.

a. Percepatan Vaksinasi COVID-19

Dalam upaya untuk melakukan percepatan vaksinasi, pemerintah kemudian melakukan pelatihan vaksinator sebagai pembekalan bagi tenaga kesehatan—perawat, bidan, dokter, dan mahasiswa kedokteran—sebagai peserta. Pelatihan yang dilaksanakan secara daring tersebut memuat materi pelatihan mencakup berbagai aspek penting dalam vaksinasi COVID-19, mulai dari kebijakan, teknis pelayanan, hingga penanganan kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI).[86] Hingga Agustus 2021, 166 ribu tenaga kesehatan telah menyelesaikan pelatihan dan siap memberikan vaksinasi COVID-19. Pelatihan vaksinator dilaksanakan secara komprehensif agar vaksinator dapat menjalankan tugas dengan penuh keyakinan dan kompetensi, sehingga program vaksinasi nasional dapat berjalan lancar dan mencapai target yang diharapkan.

Oksigen Menipis", *Koran Tempo*, edisi 26 Juni 2021.

85 "PSBB Hingga PPKM, Kebijakan Pemerintah Menekan Laju Penularan COVID-19", *Kompaspedia*, edisi 1 Agustus 2021.

86 Penjelasan mengenai pelatihan ini dapat dilihat dalam sebuah panduan yang telah diterbitkan semenjak 2020. Lihat dalam: "Kurikulum TOT Pelatihan Tata Laksana Vaksinasi COVID-19 bagi Vaksinator di Fasilitas Pelayanan Kesehatan", (Jakarta: Pusat Pelatihan Sdm Kesehatan Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan SDMK Kementerian Kesehatan 2020).



Foto 4.10: Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal di Perkantoran Tenayan Raya Kota Pekanbaru. Sumber: pekanbaru.go.id, edisi 26 Mei 2021

Pelatihan tersebut sangat diperlukan bagi para vaksinator mengingat kondisi di lapangan sering terjadi kasus diluar dugaan. Melampaui urusan teknis dalam menyuntikkan vaksin ke tubuh seseorang, para vaksinator juga dihadapkan pada keraguan masyarakat terhadap vaksin yang digunakan. Kabar hoaks tentang segala informasi mengenai Pandemi dan vaksin seolah berlomba menyebar bersama dengan penyebaran COVID-19 pada masa ini.[87] Dengan klaim yang bombastis dan spektakuler, deretan hoaks tersebut mewartakan bahwa Pandemi adalah dampak dari senjata biologis dan vaksin yang ada tidak lebih dari sekedar serum mematikan yang membunuh 1/5 penerimanya.[88] Lebih lanjut, keraguan pada masyarakat kemudian juga bersumber dari reaksi setelah vaksinasi, yang disebut sebagai KIPI. Pada titik inilah vaksinator yang bertugas di lapangan kemudian juga harus 'menjawab' keraguan masyarakat, di samping melakukan vaksinasi COVID-19. Dari tahap pengecekan kesehatan sebelum vaksinasi, penjelasan mengenai vaksin yang digunakan, dan efek samping yang mungkin timbul tak ubahnya sebuah pekerjaan tambahan untuk melengkapi kegiatan vaksinasi.[89] Dengan begitu hal-hal yang tidak diinginkan saat dan setelah vaksinasi, berikut keraguan yang hadir dalam benak masyarakat dapat diantisipasi sedini mungkin. Meskipun pada akhirnya hal tersebut memiliki konsekuensi di lapangan, selain untuk vaksinasi, diperlukan juga tenaga

87 "Menolak Vaksin karena Percaya Hoaks", *Kompas.id,* edisi 2 Maret 2021.
88 "Sentimen di Twitter Pengaruhi Tingkat Vaksinasi", *Kompas.id*, edisi 16 Mei 2022; dan "Hoaks Vaksin di Masa Pandemi", *Kompas.id,* edisi 2 Agustus 2021.
89 "Mencermati Kejadian Ikutan Pasca-imunisasi (KIPI) COVID-19" *Kompas.id,* edisi 15 Maret 2021.



Foto 4.11: Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal yang dilakukan di Bundaran Besar Kota Palangkaraya. Sumber: setda.kalteng.go.id, edisi 7 November 2021

lebih untuk melakukan kegiatan tambahan tersebut. Oleh karenanya tidak mengherankan jika kegiatan vaksinasi turut melibatkan banyak elemen dari berbagai pihak.

Contoh elemen yang kemudian turut diperbantukan untuk menghadapi pandemi adalah TNI dan Polri. Dengan sumberdaya manusia yang banyak dan juga jangkauan mereka yang sampai ke tingkat desa, langkah strategis ini pun menunjukkan keberhasilannya. Pengerahan TNI-POLRI sebagai petugas *tracer* sekaligus vaksinator dapat meningkatkan efisiensi waktu dan efektifitas pelaksanaan vaksin.[90] TNI juga mengirimkan tenaga kesehatan ke kabupaten/kota yang menerapkan PPKM Level 4 dan Level 3 dan untuk membantu percepatan vaksinasi diantaranya Banjarbaru, Banjarmasin, Berau, Tarakan, Jayapura, dan Yogyakarta. Dalam konteks penanganan COVID-19, TNI terlibat dalam tiga bidang yaitu keamanan, kesehatan, dan distribusi logistik.[91]

Keterlibatan TNI--Polri menandai era baru dalam penanganan kesehatan masyarakat, di mana keamanan dan kesehatan bersatu dalam satu misi bersama. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menargetkan 40% populasi *fully vaccinated* pada akhir 2021. Data Kementerian Kesehatan pada akhir Desember 2021 menyatakan capaian vaksin dosis pertama telah mencapai 63% dan *fully vaccinated* 43,24%

90 ”Menjaga Garis Depan Vaksinasi COVID-19...”, *Kompas.id*, edisi 16 Juli 2021; ”Optimalkan Pelacakan Kasus COVID-19, TNI Siapkan 63.000 ”Tracer” Digital”, *Kompas.id*, edisi 27 Juli 2021; ”TNI Kerahkan Babinsa untuk ”Tracing” COVID-19", *Kompas.id*, edisi 9 Februari 2021; ”TNI Terjunkan Ribuan Pelacak COVID-19", *Koran Tempo*, edisi 28 Juli 2021.

91 Karlina, A. “Peran TNI di Masa Pandemi COVID-19 dalam Perspektif Hukum dan Bela Negara,” *Jurnal Hukum Statuta*, 2(1),2002, pp. 20–32.



Foto 4.12: Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 secara massal yang dilakukan di Auditorium Universitas Sam Ratulangi Manado. Sumber: unsrat.ac.id, edisi 3 April 2021

dari total 270 juta penduduk.[92] Kondisi ini diakui oleh survei *COVID-19 Recovery Index* yang dilakukan oleh NIKKEI pada Oktober 2021, performa Indonesia menempati urutan ke-41 dari 121 negara terbaik dalam penanganan pandemi. Bahkan, Indonesia menjadi negara terbaik di Asia Tenggara dalam mengatasi pandemi.[93]Keterlibatan TNI dan Polri ini menunjukkan bahwa dalam krisis nasional, institusi yang secara tradisional tidak terlibat dalam urusan kesehatan dapat berperan strategis dalam mempercepat penanganan masalah. Kerjasama lintas sektor ini memberikan pelajaran berharga bagi pengelolaan krisis di masa mendatang.

b. *Burnout* dan Perlindungan Tenaga Kesehatan

Pada tanggal 6 Juli 2021, penambahan kasus harian mencapai 31.189 kasus, meningkat hingga 11 kali lipat dibandingkan kasus pada Agustus 2020. Jumlah pasien yang dirawat melonjak tajam, sementara fasilitas kesehatan melebihi kapasitas dengan BOR mencapai 75% secara nasional. Perpaduan masalah itu kemudian menimbulkan tekanan tersendiri bagi para tenaga kesehatan yang berada di garis terdepan dalam penanganan COVID-19. Tekanan tersebut setidaknya hadir dan membebani fisik dan mental para tenaga kesehatan. Kondisi ini kelak mendorong tenaga kesehatan pada posisi yang jauh lebih rentan

92 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211208/0438948/100-juta-warga-indonesia-telah-divaksinasi-COVID-19-dosis-lengkap

93 "Mengarungi Tahun Politik di Tengah Pagebluk", *Kompas*.id, edisi 31 Desember 2021.

dan juga rawan. Posisi rawan dan rentan ini kemudian digarisbawahi oleh data dari LaporCOVID-19 tentang 1067 kematian rekan seprofesi tenaga kesehatan yang disebabkan oleh COVID-19.

Tekanan yang diterima para tenaga kesehatan hadir dari beragam faktor dan juga mendera semua sisi kehidupannya. Sebagai catatan, melonjaknya kasus COVID-19 tidak hanya membebani sistem kesehatan di Indonesia. Pada gilirannya kondisi fisik dan mental para tenaga kesehatan juga turut terbebani. Tidak hanya menghadapi tekanan akibat meningkatnya jumlah pasien dan terbatasnya fasilitas, para tenaga kesehatan juga harus menghadapi risiko terpapar virus serta ancaman kekerasan dari masyarakat. Sepanjang 2020-2021, tercatat setidaknya 7-8 kasus kekerasan terhadap perawat di berbagai provinsi di Indonesia, termasuk di Samarinda, Cianjur, Ambon, Jawa Tengah, Aceh, Lampung, dan Sumatera Selatan.[49] Kasus-kasus ini menambah beban psikologis bagi tenaga kesehatan yang sudah mengalami kelelahan fisik dan mental. Upaya mengatasi keterbatasan tenaga kesehatan dan mempertahankan layanan esensial, beberapa rumah sakit menerapkan strategi *task-shifting*. Salah satu contohnya adalah di Rumah Sakit Darurat COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran, dimana tugas pendistribusian obat yang seharusnya dilakukan oleh tenaga farmasi dilimpahkan ke tenaga perawat. Implementasi *task-shifting* ini dilakukan melalui pembekalan, pendidikan, pelatihan, dan pengawasan untuk memastikan kualitas layanan tetap terjaga. Meskipun *task-shifting* dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga kesehatan dalam situasi darurat, hal ini juga menambah beban kerja bagi tenaga kesehatan yang sudah mengalami tekanan berat.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada pertengahan 2020 mengungkapkan fakta mengejutkan.[94] Sebanyak 83% dari 1.461 tenaga kesehatan yang disurvei di seluruh Indonesia mengalami gejala *burnout* tingkat sedang hingga berat. Angka ini diprediksi meningkat tajam seiring memburuknya situasi pandemi di tahun 2021. *Burnout syndrome* pada tenaga kesehatan, dapat berdampak serius pada kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Sebuah meta analisis menunjukkan tenaga kesehatan yang mengalami *burnout* memiliki risiko 2,31 kali lebih tinggi untuk melakukan kelalaian terkait keselamatan pasien.[95] Situasi ini menimbulkan kekhawatiran akan timbulnya risiko hukum. Tenaga kesehatan yang mengalami *burnout*

94 Basrowi, R. W., Khoe, L. C., & Marsen Isbayuputra. (2020, September 14). 83% Tenaga Kesehatan Indonesia Mengalami Burnout Syndrome Derajat Sedang dan Berat Selama Masa Pandemi COVID-19. Humas FKUI, diakses melalui: https://fk.ui.ac.id/infosehat/banyak-tenaga-kesehatan-alami-burnout-selama-pandemi-kualitas-layanan-bisa-terdampak/

95 Nugroho, R., Suyanto, S., & Waluyo, S..”Pengaruh Burnout pada Tenaga Kesehatan terhadap Keselamatan Pasien: Meta Analisis”. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(3), (2023) 1077-1086.

berisiko melakukan malpraktik akibat kelelahan atau berkurangnya konsentrasi. Hal ini dapat berujung pada tuntutan hukum.

Menanggapi situasi kritis ini, pemerintah telah mengambil sejumlah langkah. Kementerian Kesehatan menyusun panduan pelaksanaan dukungan kesehatan mental dan psiko-sosial bagi tenaga kesehatan. Pengaturan jam kerja juga dilakukan agar tidak melebihi 12 jam sehari, penambahan sumber daya juga dilakukan melalui perekrutan sukarelawan tenaga kesehatan, serta pemberian insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan, meski sering terkendala masalah administratif. Pemerintah juga memberikan vaksin booster sebagai perlindungan tambahan bagi para tenaga kesehatan.

Namun para pengamat menilai upaya tersebut belum cukup mengingat beratnya tantangan yang dihadapi oleh para tenaga kesehatan. Sementara itu, IDI dan organisasi profesi kesehatan lainnya terus mendesak pemerintah untuk memberikan perlindungan lebih maksimal bagi tenaga kesehatan. Situasi ini menjadi alarm bagi semua pihak bahwa perlindungan tenaga kesehatan harus menjadi prioritas utama. Tanpa penanganan serius, Indonesia berisiko kehilangan lebih banyak tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan dalam penanganan pandemi. Dibutuhkan kolaborasi semua elemen, termasuk pemerintah, swasta, dan masyarakat untuk bersama-sama melindungi dan mendukung para pahlawan garda depan ini.

3. Fase III: Pemulihan Pandemi dan Awal Resiliensi Kesehatan (2022-2023)

Pada periode 2022-2023, Indonesia mengalami masa transisi dari pandemi COVID-19 menuju fase endemi, yang membawa perubahan signifikan dalam kebijakan kesehatan nasional. Kementerian Kesehatan menerbitkan Permenkes Nomor 13 tahun 2022 sebagai landasan transformasi sistem kesehatan. Berbagai peristiwa signifikan terjadi di sektor kesehatan, khususnya terkait tenaga kesehatan. Beberapa isu utama yang mencuat adalah peningkatan resiliensi tenaga kesehatan, tantangan dalam penyediaan spesialis, kisruh antara organisasi profesi, hingga resistensi penyusunan RUU Kesehatan.

a. Resiliensi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dalam tanggap bencana di Indonesia mengalami perubahan signifikan, dari periode sebelum pandemi, saat pandemi, hingga pasca pandemi. Sebelum pandemi, *Emergency Medical Team* (EMT) difokuskan pada kesiapsiagaan untuk merespons bencana alam, seperti tsunami dan gempa bumi, dengan pelatihan intensif sesuai standar WHO dan pengalaman internasional dalam misi

bantuan. Pada saat pandemi COVID-19, EMT harus beradaptasi untuk menangani krisis kesehatan global, mengalihkan fokus tenaga kesehatan dari bencana alam ke bencana kemanusiaan dengan beradaptasi dari response menjadi kesiapsiagaan. Peran EMT dalam merespons pandemi melalui pelatihan intensif, adaptasi protokol, dan kolaborasi internasional, yang akhirnya diakui melalui sertifikasi WHO pada 2021.

Pasca pandemi, tim EMT kembali ke pendekatan *multi-hazard*, dengan fokus baru pada penguatan kapasitas dalam manajemen bencana, integrasi teknologi, serta peningkatan kolaborasi internasional dan nasional untuk menghadapi berbagai ancaman bencana pada masa depan. Pembentukan EMT merupakan cikal bakal transformasi sistem kesehatan yang bertujuan untuk menciptakan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh, khususnya dalam penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan, melalui penyiapan sumber daya manusia yang kompeten dan siap dimobilisasi.

b. Kisruhnya Penyediaan Dokter Spesialis

Meskipun berbagai kebijakan telah dikeluarkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, beberapa aturan baru justru menimbulkan efek domino yang berdampak negatif. Penerbitan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik yang ditolak oleh sejumlah organisasi profesi dan kolegium kedokteran, termasuk Ikatan Dokter Indonesia menjadi awal mula kekisruhan yang menghambat penyediaan dokter.

Dalam surat penolakan yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan pada 5 Oktober 2020, organisasi profesi dan kolegium kedokteran meminta agar Menteri Kesehatan segera mencabut aturan tersebut dan mengkaji ulang ketentuan yang berlaku. Praktik yang disebut sebagai "cuci otak" tersebut mendapatkan penolakan keras yang berbuntut panjang. Pemrosesan peradilan etik bagi dr. Terawan Agus Putranto atas praktik yang dinilai melanggar kode etik kedokteran berujung pada pemecatannya dari keanggotaan IDI. dr. Terawan Agus Putranto diadili oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dengan kewenangannya sebagai *self-governing body*, yang memiliki kemampuan mengatur dirinya sendiri terkait standar etika. MKEK mengeluarkan rekomendasi pemecatan melalui surat tim khusus MKEK Nomor 0312/PP/MKEK/03/2022. Keputusan MKEK tersebut, menyebabkan keruhnya hubungan kolegium radiologi dan IDI. Peran IDI yang kontroversial telah menciptakan situasi kompleks dalam penyediaan tenaga kesehatan di Indonesia, khususnya dokter spesialis radiologi.

Konflik ini berakar pada dualisme kepengurusan di kalangan dokter radiologi yang terbagi menjadi dua kubu: Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi

Indonesia (PDSRI) yang disahkan oleh PB IDI, dan Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Klinik Indonesia (PDSRKI) yang merupakan kelanjutan dari PDSRI lama.

Pada bulan Desember 2018, saat PDSRI mengadakan Kongres Nasional (KONAS) ke XIII di Bali, menjadi titik awal konflik yang terjadi.[96] Dalam kongres tersebut, diputuskan untuk mengubah nama perhimpunan menjadi PDSRKI dan memilih dr. Terawan Agus Putranto sebagai Ketua Umum periode 2019-2023. Namun, PB IDI tidak pernah merespons permohonan pengesahan kepengurusan dan pergantian nama perhimpunan tersebut. Situasi semakin rumit ketika pada Maret 2022, IDI secara resmi memberhentikan dr. Terawan Agus Putranto dari keanggotaan IDI melalui keputusan Muktamar ke-31 IDI di Banda Aceh.[97] Pemberhentian ini didasarkan pada beberapa pelanggaran etik berat yang dituduhkan kepada dr. Terawan Agus Putranto, termasuk promosi Vaksin Nusantara dan tindakannya sebagai Ketua PDSRKI yang dianggap tidak sesuai dengan prosedur organisasi IDI.

IDI, sebagai organisasi profesi, telah mengambil langkah-langkah yang dianggap melampaui batas kewenangannya dalam konteks *self-governance*. Hal ini terlihat dari keputusan IDI yang mengakui PDSRI, sementara dilain pihak KKI mengakui PDSRKI. Sebelumnya, KKI telah melakukan pengkajian terhadap syarat registrasi dari dua kolegium (PDSRI dan PDSRKI) dan memutuskan untuk memproses STR dengan sertifikat kompetensi yang ditandatangani oleh Ketua Umum PDSRKI, sebagai hasil kongres Bali tahun 2018, dan tidak perlu mengikuti keputusan PB IDI dalam hal pengakuan organisasi profesi. Situasi ini menciptakan kebuntuan administratif yang merugikan para dokter radiologi dan pada akhirnya berdampak pada pelayanan kesehatan masyarakat. Tindakan IDI ini dapat dianggap sebagai bentuk *abuse of power*, di mana kepentingan organisasi profesi bertentangan dengan kepentingan yang lebih luas dari sistem kesehatan nasional.

Dua kubu kolegium, memecah universitas yang tergabung, baik dalam PDSRI dan PDSRKI. Terdapat 8 Perguruan Tinggi yang ikut PDSRI: Universitas Indonesia, Universitas Padjadjaran, Universitas Diponegoro, Universitas Gadjah Mada, Universitas Airlangga, Universitas Brawijaya, Universitas Sebelas Maret, Universitas Udayana; ementara PDSRKI hanya diikuti Universitas Hasanuddin. Puncak dari konflik ini terjadi ketika Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) hanya mengakui sertifikat kompetensi dari kolegium radiologi PDSRKI yang ditandatangani oleh Aziza Ghani Icksan selaku Ketua Kolegium. [98] Akibatnya, 183

96 ”Buntut Konflik Dokter Terawan”, *Majalah Tempo*, edisi 2 Oktober 2022. https://majalah.tempo.co/read/nasional/167086/dokter-radiologi-tak-bisa-praktik-akibat-konflik-organisasi.
97 ”Kontroversi Terawan Berujung Pemecatan”, *Koran Tempo*, edisi 28 Maret 2022.
98 ”Buntut Konflik Dokter Terawan”, *Majalah Tempo*, edisi 2 Oktober 2022.

dokter radiologi mengalami penolakan pengajuan Surat Tanda Registrasi (STR) oleh KKI, yang menyebabkan mereka tidak dapat melakukan praktik.

Konflik berkepanjangan ini tidak hanya menghambat penyediaan layanan kesehatan yang vital, tetapi juga mengganggu upaya pemerintah dalam transformasi sistem kesehatan nasional. Diperlukan penyelesaian segera untuk mengatasi dualisme ini demi kepentingan masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan, khususnya di bidang radiologi.

Pemerintah, melalui Kementerian Kesehatan dan KKI, menghadapi kesulitan dalam mencari jalan tengah untuk menyelesaikan konflik ini. Penyelesaian konflik dualisme organisasi dokter radiologi akhirnya mencapai titik terang pada 14 April 2023, ketika KKI menyelenggarakan rapat koordinasi untuk menyelesaikan masalah penerbitan Surat Tanda Registrasi (STR) bagi dokter spesialis radiologi. Dalam rapat tersebut, disepakati bahwa KKI akan menerbitkan STR berdasarkan sertifikat kompetensi yang dikeluarkan oleh kedua kolegium, yaitu Kolegium Radiologi Indonesia (KRI) dan Kolegium Radiologi Klinik Indonesia (KRKI). Selain itu, dibentuk sekretariat bersama antara PDSRI dan PDSRKI untuk penerbitan sertifikat kompetensi di bawah koordinasi PB IDI dan Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI). Pihak-pihak terkait juga sepakat untuk mencabut gugatan perkara perdata yang ada, sehingga secara hukum kembali ke keadaan semula seolah-olah tidak pernah terjadi sengketa. Meskipun kedua kolegium kini diakui untuk penerbitan sertifikat kompetensi, Ketua KKI mengharapkan agar PB IDI dalam waktu dekat mengupayakan terbentuknya satu perhimpunan dokter spesialis radiologi, menunjukkan adanya upaya untuk menyatukan kembali organisasi ini di masa mendatang.[99]

Pandemi COVID-19 telah mengekspos kelemahan mendasar dalam sistem kesehatan Indonesia, terutama terkait ketersediaan dan distribusi tenaga medis. Kegagalan implementasi UU Pendidikan Kedokteran 2013 menyebabkan ketimpangan signifikan dalam penyebaran dokter dan spesialis, dengan konsentrasi berlebih di Pulau Jawa sementara daerah lain, khususnya Indonesia Timur, mengalami kekurangan akut. Ketidakseimbangan ini tidak hanya mempengaruhi kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan, tetapi juga menghambat pengembangan sistem kesehatan yang komprehensif dan merata.

Menghadapi krisis ini, pemerintah terpaksa mengambil langkah-langkah darurat yang sering terkendala oleh birokrasi rumit dan koordinasi lemah antara pusat dan daerah. Mobilisasi tenaga kesehatan, pemberian insentif, dan percepatan vaksinasi menjadi fokus utama, namun implementasinya tidak

99 https://kki.go.id/blog/read/kesepakatan-bersama-pelayanan-penerbitan-str-untuk-semua-dokter-radiologi

selalu berjalan mulus. Meski demikian, pandemi juga membuka peluang untuk transformasi sistem kesehatan yang lebih baik, seperti terlihat dari kolaborasi lintas sektor dalam program vaksinasi yang melibatkan TNI-Polri, menunjukkan potensi pendekatan yang lebih terintegrasi dalam menangani krisis kesehatan.

Namun, di tengah upaya pemulihan, konflik internal di kalangan profesi medis, seperti kasus dualisme organisasi dokter radiologi, justru menghambat upaya penyediaan tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan. Situasi ini memunculkan pertanyaan kritis tentang bagaimana Indonesia dapat membangun sistem kesehatan yang lebih tangguh dan responsif, tanpa terjebak dalam konflik kepentingan yang merugikan masyarakat? Tantangan ke depan adalah menciptakan keseimbangan antara peningkatan kapasitas sistem kesehatan dan penyelesaian konflik internal, demi tercapainya pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi rakyat Indonesia.

D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Penguatan sistem kesehatan menjadi langkah kedua yang krusial dalam menghadapi pandemi COVID-19. Dalam aspek pelayanan, Kementerian Kesehatan berupaya meningkatkan kapasitas rumah sakit dengan menambah jumlah tempat tidur serta peralatan medis yang diperlukan. Mengingat hampir semua negara tidak siap menghadapi pandemi ini, pengembangan layanan kesehatan harus dilakukan dengan cepat untuk menyelamatkan jutaan nyawa pasien yang terinfeksi. Dalam konteks ini, Kementerian Kesehatan menambah fasilitas kesehatan, obat-obatan, serta melanjutkan program vaksinasi. Selain itu, edukasi kepada masyarakat juga menjadi prioritas, bersamaan dengan peningkatan pelaksanaan tes, pelacakan, dan perawatan (3T), yang merupakan langkah penting dalam penanganan COVID-19.

1. Tracing, Testing, Treatment COVID-19

Pemerintah memperluas kapasitas tes COVID-19 dengan meningkatkan pelacakan kontak erat untuk mencegah penyebaran virus. Edukasi kepada masyarakat juga menjadi bagian penting dari strategi ini. Kebijakan ini bertujuan mendorong masyarakat untuk melakukan pengujian, bersedia menjalani tracing, dan mencari pengobatan secara dini jika mengalami gejala. Keberhasilan upaya ini sangat bergantung pada kolaborasi antara berbagai instansi, baik pemerintah pusat maupun daerah, serta lembaga lainnya. Tanpa sinergi yang baik antar semua pihak, langkah-langkah penanganan pandemi tidak akan dapat berjalan efektif.

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan



Foto 4.13: Petugas medis mengambil sampel tes cepat antigen saat pelacakan COVID-19 dari sejumlah pedagang di Pasar Kreneng, Denpasar, Bali. Sumber: indonesia.go.id, edisi 27 Juli 2021

menjadi dasar hukum pelaksanaan tracing, testing, dan treatment selama pandemi COVID-19. Undang-undang tersebut mewajibkan setiap orang yang tiba dari wilayah dengan status Kedaruratan Kesehatan Masyarakat untuk menjalani penapisan awal, menerima kartu kewaspadaan kesehatan, dan mendapatkan informasi tentang pencegahan dan pengobatan.[100] Pejabat Karantina Kesehatan juga melakukan pengambilan spesimen untuk diagnosis, yang diterapkan secara intensif untuk melacak penyebaran virus dan memastikan penanganan yang efektif bagi pelaku perjalanan internasional.

Sebagai tindak lanjut, Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020 yang memuat Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19. Pedoman tersebut antara lain mengatur persoalan skrining, yang mencakup pemeriksaan suhu tubuh menggunakan *thermal gun* dan pertanyaan mengenai gejala serta riwayat kontak dan perjalanan dalam 14 (empat belas) hari terakhir.[101] Protokol skrining ini harus diterapkan di semua akses fasilitas kesehatan dan selama pelacakan kontak, dengan pelayanan COVID-19 di fasilitas kesehatan yang mencakup triase awal, anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang diagnosis hingga pasien dinyatakan sembuh atau melanjutkan isolasi mandiri.

Kebijakan terkait *tracing* dan *testing* terus diperkuat dari waktu ke waktu, mengingat lonjakan kasus COVID-19 yang sangat dinamis. Kebijakan tersebut

100 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

101 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 132.

juga mengikuti kebijakan-kebijakan lainnya yang diterapkan pada waktu yang bersamaan. Sebagai contoh pada 2022, Gugus Tugas COVID-19 mengeluarkan Surat Edaran Nomor 20 Tahun 2022 yang mengatur Protokol Kesehatan dalam Pelaksanaan Kegiatan Berskala Besar. Dalam surat edaran tersebut, Gugus Tugas menetapkan bahwa semua kegiatan berskala besar harus dilaksanakan dengan penerapan protokol kesehatan yang ketat, termasuk kewajiban melakukan rapid test antigen bagi para peserta.[102] Kebijakan tersebut mengindikasikan upaya pemerintah untuk mencegah tumbuhnya klaster baru, yang sangat mungkin terjadi dalam kegiatan yang berskala besar. Pemerintah juga meningkatkan pengujian massal untuk mendeteksi kasus COVID-19.[103] Strategi ini mencakup penggunaan teknologi, seperti aplikasi pelacakan kontak erat, untuk memantau dan mengidentifikasi individu yang memiliki kontak dekat dengan pasien COVID-19.

Penguatan surveilans menjadi langkah penting dalam penanganan COVID-19, terutama di desa-desa, dengan fokus pada *tracing* dan *testing*. Namun, *tracing* dan *testing* tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya peranan banyak pihak. Karenanya, kolaborasi lintas sektor juga menjadi kunci dalam pelayanan kesehatan ini. Secara ideal, *tracing* dan *testing* COVID-19 memang seharusnya dilakukan oleh tenaga medis. Namun, situasi darurat selama pandemi COVID-19 mendorong berbagai kalangan untuk terlibat dalam kegiatan *tracing* dan *testing*, antara lain Babinsa dan Bintara, yang membantu para tenaga medis di tingkat lokal. Secara khusus, Dinas Kesehatan mengadakan pelatihan untuk Babinsa dan Bintara sehingga proses *tracing* tidak menyalahi aturan yang berlaku. Kerja sama dengan TNI dan POLRI juga sangat penting dalam melatih tenaga muda untuk melakukan *tracing*. Selain itu, kolaborasi juga dilakukan dengan Kementerian Perhubungan, seperti di sektor penerbangan, di mana data penumpang dikumpulkan untuk memudahkan pelacakan kontak, meskipun ada tantangan seperti upaya beberapa individu untuk menyembunyikan informasi.

Setiap daerah atau provinsi juga memiliki kebijakannya sendiri terkait upaya *tracing* dan *testing*, yang pada dasarnya bertujuan untuk mempercepat pelacakan dan penemuan kasus COVID-19. Sebagai contoh, DKI Jakarta menerapkan *tracing* dan *testing* dengan skema *active case finding tracing* pada beberapa kategori warganya.[104] Hasil *tracing* dari berbagai daerah dan satuan yang dikumpulkan sebagai sampel kemudian dikirim ke laboratorium untuk pengujian lebih lanjut.

102 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 53.
103 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 31.
104 *Kompas*, edisi 10 Juni 2020.

Sayangnya pada awal pandemi, pengujian PCR terbatas pada tiga laboratorium, yaitu Badan Litbang, Ikman, dan Unair, karena teknologi real-time reverse transcription PCR (RT-PCR) yang digunakan dalam mendeteksi virus ini. Pengujian PCR menjadi makin cepat dan akurat setelah pemerintah mendorong berbagai laboratorium menyediakan alat dan teknologi untuk kepentingan tersebut. Hasil pengujian tersebut setidaknya dapat memberi gambaran jumlah kasus positif di Indonesia.

2. Peningkatan Kapasitas Rumah Sakit

Penguatan sistem kesehatan menjadi langkah kedua yang krusial dalam menghadapi pandemi COVID-19. Dalam konteks ini, rumah sakit menjadi fasilitas penting yang ditingkatkan pelayanannya untuk menangani pasien COVID-19. Karenanya, pada tahun pertama pandemi COVID-19, fokus utama adalah pada pengembangan kapasitas ruang isolasi di berbagai rumah sakit. Bergerak cepat, pada 10 Maret 2020, Kementerian Kesehatan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/169/2020 yang memuat 132 rumah sakit rujukan untuk penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging tertentu (PIE) COVID-19. Rumah sakit yang ditunjuk bertugas untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kasus COVID-19, memberikan pelayanan rujukan pasien dan rujukan spesimen secara berkualitas, hingga melakukan penatalaksanaan dugaan kasus yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa.[105] Sebagai tindak lanjut, Kementerian Kesehatan menginstruksikan 132 rumah sakit tersebut untuk menyiapkan sarana dan prasarana, alat kesehatan, hingga SDM sesuai standar.[106]

Selain 132 rumah sakit di atas, terdapat Wisma Atlet di Jakarta yang menjadi salah satu yang paling awal ditetapkan sebagai rumah sakit lapangan.[107] Status rumah sakit lapangan tersebut lebih tinggi dibanding tempat isolasi mandiri. Rumah sakit lapangan setidaknya memiliki ventilator, tabung oksigen, hingga terdapat dokter khusus yang bertugas di dalamnya.[108] Rumah sakit tersebut membantu menangani pasien COVID-19, terutama ketika kapasitas pada rumah sakit rujukan telah penuh. Karenanya, keberadaan rumah sakit lapangan, terutama di kota-kota besar dan padat penduduk sangat diperlukan. Terutama Jakarta, sebagai pintu masuk utama melalui Bandara Soekarno-Hatta, menjadi

105 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020.
106 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 17.
107 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 81.
108 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS, Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI periode 2022-sekarang, pada 8 Oktober 2024.



Foto 4.14: Wisma Atlet Kemayoran pertama kali dioperasikan sebagai RSDC oleh Presiden Joko Widodo. Sumber: setneg.ppkk.co.id, edisi 23 Maret 2020

> *"waktu pertama kali terjadi pandemi COVID-19 ditemukan maka Kementerian Kesehatan kebijakannya sudah cukup baik. Yaitu kita langsung menetapkan 132 rumah sakit rujukan covid 19 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 169 tahun 2020 tentang penetapan rumah sakit rujukan penanggulangan penyakit emergency hal ini COVID."* (dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS, Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2022 - sekarang)

fokus perhatian karena banyak kasus awal terdeteksi di wilayah tersebut. Selain Wisma Atlet, beberapa rumah sakit vertikal di Jakarta, termasuk Rumah Sakit Pusat Infeksi (RSPI), juga ditunjuk sebagai rujukan COVID-19.

Mengantisipasi eskalasi kasus COVID-19 yang luar biasa, Kementerian Kesehatan RI menginstruksikan Dinas Kesehatan Provinsi dan Pemerintah Daerah untuk menunjuk rumah sakit rujukan COVID-19. Termasuk diantaranya adalah agar Pemerintah Daerah menyiapkan rumah sakit lain di luar rumah sakit yang telah ditunjuk oleh Gubernur untuk menerima kasus COVID-19 dengan kategori Pasien Dalam Pengawasan (PDP) yang hasil laboratorium PCR-nya belum terkonfirmasi positif.[109] Pada periode awal pandemi COVID-19, pemerintah

109 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi*

juga telah menyiapkan sejumlah rumah sakit untuk menangani virus yang penyebarannya makin cepat. Salah satunya ialah penyiapan Rumah Sakit di Pulau Galang, Kepulauan Riau. Penyiapan tersebut terekam dalam surat yang dikirimkan oleh Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 kepada Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat untuk mempercepat pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit, seperti meja, kursi, tempat tidur, kendaraan operasional, dan lain-lain.[110]

Menindaklanjuti instruksi agar provinsi juga diberi wewenang untuk menunjuk rumah sakit rujukan COVID-19, Kementerian Kesehatan mengeluarkan himbauan melalui Surat dari Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor YR.03.03/III/0981/2020. Rumah sakit ditingkat provinsi dan kabupaten/kota, harus secepat mungkin menyiapkan ruang isolasi, fasilitas ICU beserta ventilator, dan fasilitas lain yang diperlukan. Hal ini dikarenakan 132 rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk oleh pemerintah dianggap kurang untuk melakukan rawat inap dan pelayanan ICU untuk pasien. Karenanya, sepanjang sebuah rumah sakit memiliki ruang isolasi dan ruang ICU, maka pemerintah bisa menetapkannya sebagai rumah sakit rujukan COVID-19.[111] Selain itu rumah sakit juga harus menyiapkan mobilisasi SDM mulai dari dokter, dokter spesialis, perawat, dan tenaga kesehatan agar dapat menangani COVID-19 sesuai kapasitasnya.[112]

Kementerian Kesehatan juga membangun jejaring rumah sakit yang melayani kasus COVID-19 bagi sejumlah RS non rujukan PIE. Sebagai contoh, pada Maret 2020, Kementerian Kesehatan menunjuk RSP FK sejumlah universitas mulai dari Universitas Indonesia, Universitas Padjadjaran, Universitas Gadjah Mada, Universitas Diponegoro, Universitas Brawijaya, Universitas Udayana, Universitas Hasanuddin, Universitas Sumatera Utara, dan Universitas Tanjungpura, untuk mengadakan layanan perawatan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) dan pasien terkonfirmasi COVID-19.[113] Instruksi serupa juga diberikan pada rumah sakit swasta guna mengantisipasi kekurangan fasilitas perawatan pasien terindikasi ataupun suspek COVID-19. Rumah sakit swasta yang ditunjuk antara lain grup Rumah Sakit Mayapada, Rumah Sakit Siloam, Rumah Sakit Hermina, hingga Rumah Sakit Pondok Indah.[114]

COVID-19 2020-2022, No. 16.

110 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana BNPB Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 12.

111 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS, Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, periode 2022-sekarang, pada 8 Oktober 2024.

112 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 39.

113 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 28.

114 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi*



Foto 4.15: Petugas medis mengamati monitor kamera CCTV yang ada di ruang perawatan pasien COVID-19 di RSDC Wisma Atlet Kemayoran. Sumber: mediaindonesia.com, edisi 11 Desember 2021

Namun demikian, keberadaan rumah sakit rujukan COVID-19 tidak langsung menyelesaikan masalah karena terjadi ketidakseragaman kesiapan mereka, baik rumah sakit rujukan yang ditunjuk oleh pemerintah pusat maupun gubernur. Sebagai contoh, RSUD Padang Sidempuan di Sumatera Utara memerlukan waktu untuk menyiapkan ruang isolasi pasien COVID-19. Pada awal penunjukan sebagai rumah sakit rujukan COVID-19, RSUD Padang Sidempuan bahkan belum memiliki kesiapan terkait obat, kelengkapan medis, dokter, dokter spesialis, hingga petugas laboratorium. Situasi ini berbanding terbalik dengan sejumlah rumah sakit rujukan lainnya, seperti RSUP Persahabatan Jakarta yang mampu menyiapkan 12 (dua belas) ruang isolasi dan RSUD Tidar Kota Magelang yang mampu menyiapkan 10 (sepuluh) ruang isolasi berstandar internasional dan memiliki tim dan fasilitas khusus untuk menangani pasien COVID-19.[115]

Melihat tren kasus COVID-19 yang terus meningkat, Kementerian Kesehatan mengutamakan pelayanan rumah sakit untuk menangani COVID-19. Pada 9 April 2020, Kementerian Kesehatan mengeluarkan himbauan bagi Rumah sakit di tingkat provinsi sampai kabupaten/kota untuk fokus pada penanganan pandemi, dengan tetap memberikan pelayanan yang bersifat gawat darurat dan membutuhkan perawatan yang segera untuk penyakit selain COVID-

COVID-19 2020-2022, No. 29.

115 *Kompas*, edisi 4 Maret 2020.

19.[116] Himbauan tersebut dikeluarkan karena mengantisipasi lonjakan kasus COVID-19, sementara protokol kesehatan di masyarakat belum dijalankan secara sempurna. Kementerian Kesehatan juga berupaya meningkatkan kapasitas rumah sakit dengan menambah jumlah tempat tidur serta peralatan medis yang diperlukan. Mengingat hampir semua negara tidak siap menghadapi pandemi ini, pengembangan layanan kesehatan harus dilakukan dengan cepat untuk menyelamatkan jutaan nyawa pasien yang terinfeksi. Dalam konteks ini, Kementerian Kesehatan menambah fasilitas kesehatan, obat-obatan, serta melanjutkan program vaksinasi. Selain itu, edukasi kepada masyarakat juga menjadi prioritas, bersamaan dengan peningkatan pelaksanaan tes, pelacakan, dan perawatan (3T), yang merupakan langkah penting dalam penanganan COVID-19.

Dalam menghadapi pandemi COVID-19, Pemerintah Pusat mengeluarkan kebijakan yang menekankan pentingnya peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan, terutama dalam aspek kuratif, karena pencegahan awal dinilai tidak cukup efektif untuk menahan laju penyebaran virus. Sebagai respon, pemerintah mendelegasikan tanggung jawab kepada pemerintah daerah untuk melakukan refocusing anggaran dengan mengalihkan alokasi yang sebelumnya telah direncanakan untuk berbagai program menuju penanganan COVID-19. Selain kapasitas, peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit juga dilakukan. Selama masa pandemi, Kementerian Kesehatan mengadakan pembinaan kepada rumah sakit dan laboratorium untuk penanganan dan pengendalian COVID-19. Selain itu, pembinaan juga dilakukan untuk penyelenggaraan Rapid Test, sehingga penanganan COVID-19 menjadi lebih cepat dan efisien.[117]

Dalam rangka menangani pandemi COVID-19, pemerintah menerapkan kebijakan yang mempercepat proses pengadaan tenaga kesehatan dengan memberikan relaksasi regulasi terkait perizinan praktik bagi tenaga profesional. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia (SDM) di fasilitas kesehatan di tengah kebutuhan mendesak akan layanan kesehatan. Selain itu, peningkatan kapasitas fisik rumah sakit juga menjadi fokus, dengan upaya untuk memperbaiki dan memperluas fasilitas yang ada. Dari segi pembiayaan, regulasi baru mengalihkan tanggung jawab penanganan biaya yang terkait dengan COVID-19 dari BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan, meskipun BPJS tetap berfungsi sebagai verifikator untuk semua klaim yang diajukan. Dengan langkah-langkah ini, pemerintah berusaha memastikan bahwa

116 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 47.

117 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 53.

sistem kesehatan dapat merespons krisis secara efektif, sambil menjaga kualitas layanan yang diberikan kepada masyarakat.

Memasuki tahun kedua, terjadi lonjakan kasus COVID-19 yang sangat tajam, sehingga pemerintah dihadapkan pada dilema besar mengenai pasien yang perlu diprioritaskan untuk mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kebijakan pun diambil untuk hanya menerima pasien yang benar-benar dalam keadaan darurat, seperti mereka yang memiliki risiko kematian dalam waktu dekat, termasuk pasien COVID-19 dengan kondisi kritis dan ibu yang akan melahirkan. Sementara itu, pasien yang diperkirakan masih dapat bertahan dalam beberapa minggu hingga sebulan ke depan tidak dijadikan prioritas pada masa tersebut.[118] Dengan meningkatnya jumlah kasus parah yang membutuhkan perawatan intensif, perhatian pemerintah beralih ke peningkatan kapasitas ruang perawatan intensif (ICU). Peningkatan kebutuhan akan fasilitas, daerah-daerah di mana kapasitas tempat tidur COVID-19 telah mencapai lebih dari 80% diperintahkan untuk meningkatkan alokasi fasilitas pelayanan hingga 40% dari total tempat tidur melalui instruksi dalam surat edaran Menteri Kesehatan Tahun 2021 serta surat edaran nomor 12 tahun 2021 tentang peningkatan kapasitas perawatan pasien COVID-19. Rumah sakit di zona merah, yaitu yang kapasitas tempat tidur COVID-19-nya telah melebihi 80%, diwajibkan untuk mengonversi minimal 40% dari total tempat tidurnya bagi pasien COVID-19, dengan 25% dari kapasitas tersebut dialokasikan untuk ICU. Rumah sakit dengan kapasitas antara 60% hingga 80% diwajibkan mengonversi 30% tempat tidurnya, sedangkan rumah sakit di zona hijau, dengan kapasitas tempat tidur COVID-19 di bawah 60%, diwajibkan melakukan konversi 20% dari total tempat tidur. Kebijakan ini dipandang krusial karena tanpa konversi paksa tempat tidur rumah sakit, sistem kesehatan diprediksi tidak akan mampu menampung lonjakan pasien yang membutuhkan perawatan intensif.[119]

Kebijakan diatas menyebabkan kebutuhan akan tenaga kesehatan yang terlatih, seperti perawat berlisensi dan dokter anestesi, semakin mendesak. Dalam situasi darurat ini, relaksasi regulasi mengenai sertifikasi tenaga kesehatan diterapkan, di mana perawat yang bekerja di ICU biasanya diharuskan memiliki sertifikasi khusus. Namun, karena kebutuhan mendesak, rumah sakit mulai mengerahkan perawat dari bangsal yang tidak tersertifikasi untuk membantu di ICU. Mereka mendapatkan pelatihan singkat dari perawat senior yang sudah berpengalaman di ICU, yang memungkinkan mereka untuk

118 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM,MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024.

119 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM,MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024.

memantau tanda-tanda vital pasien dan memberikan layanan keperawatan dasar. Meskipun demikian, mereka tidak melakukan prosedur yang memerlukan kompetensi lebih tinggi. Setelah penurunan kasus COVID-19 yang memerlukan perawatan intensif, perawat-perawat ini kemudian dikembalikan ke bangsal asalnya. Kebijakan ini menunjukkan fleksibilitas sistem kesehatan dalam menghadapi tantangan luar biasa, dengan penyesuaian yang diperlukan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang memadai di tengah krisis. Relawan di daerah terpencil dimobilisasi untuk memenuhi kebutuhan perawatan COVID-19, baik melalui tenaga lokal maupun bantuan tenaga dari luar.

Karena lonjakan kasus yang sangat dinamis, maka peningkatan kapasitas ruang isolasi dan ICU terus dilakukan. Namun demikian, kebijakan tersebut juga disertai upaya untuk mencegah kekurangan ruang isolasi dan ICU. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memperketat syarat masuk rumah sakit (RS) untuk pasien dengan saturasi oksigen di bawah 95% dan sesak napas, serta meningkatkan penggunaan isolasi terpusat. Awalnya, perawatan pasien COVID-19 terpusat di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso, yang merupakan RS rujukan pertama. Namun, lonjakan kasus menyebabkan RSPI tidak mampu menampung pasien yang terus berdatangan. Untuk mengatasi meningkatnya jumlah pasien, pada September 2020 Kemenkes menginstruksikan agar rumah sakit rujukan (terutama rumah sakit rujukan gubernur) dapat meningkatkan kapasitas tempat tidurnya hingga 70% dari persediaan awal ketika terjadi lonjakan kasus.[120] Jumlah tempat tidur didalam ruang ICU juga diatur. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan menginstruksikan agar setidaknya terdapat minimal 5 (lima) tempat tidur ICU COVID-19 lengkap dengan ventilatornya. Sementara bagi rumah sakit lainnya, secara umum, wajib menambah ruang isolasi dan ICU untuk pasien COVID-19 minimal 30% dari seluruh kapasitas tempat tidur yang bisa digunakan oleh pasien COVID-19.[121]

Kebijakan terkait kapasitas rumah sakit terus mengalami pembaruan menyesuaikan dengan situasi terkini. Pada 2021, Kementerian Kesehatan Indonesia mengeluarkan Surat Edaran No. HK 02.01/Menkes/11/2021, yang meminta seluruh rumah sakit di Indonesia, khususnya di daerah zona merah COVID-19, untuk segera meningkatkan kapasitas layanan.[122] Kebijakan ini lahir sebagai respons terhadap lonjakan kasus COVID-19 yang membebani fasilitas kesehatan. Rumah sakit diwajibkan melakukan konversi 30-40% tempat tidur

120 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 99.

121 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 103.

122 Surat Edaran No. HK 02.01/Menkes/11/2021

non-COVID menjadi tempat tidur yang dikhususkan untuk pasien COVID-19 guna memastikan ketersediaan layanan bagi pasien yang membutuhkan perawatan intensif. Selain itu, rumah sakit juga diminta untuk meningkatkan jumlah tempat tidur ICU sebesar 25%, sejalan dengan kebutuhan mendesak akan fasilitas perawatan kritis.

Sementara pasien bergejala ringan difasilitasi di tempat isolasi terpusat, kini hanya pasien dengan gejala sedang dan berat yang diperbolehkan dirawat di RS. Isolasi mandiri di rumah tidak dianjurkan bagi mereka yang memiliki anggota keluarga berisiko. Terutama rumah sakit rujukan COVID, dituntut untuk terus meningkatkan pelayanannya. Namun, pemerintah menyadari bahwa tidak semua orang yang bergejala COVID-19 dapat ditampung di rumah sakit. Sebagai alternatif, Kemenkes menyediakan layanan telemedicine untuk pasien gejala ringan, di mana mereka yang terkonfirmasi positif COVID-19 akan dihubungi untuk konsultasi dan pengiriman obat. Selama pandemi, Kemenkes menyediakan 120.000 hingga 130.000 tempat tidur untuk pasien COVID-19 dari total kapasitas RS yang mencapai sekitar 180.000 tempat tidur.[123] Pada puncak pandemi varian Delta, sekitar 100.000 tempat tidur terisi, menunjukkan tekanan yang sangat tinggi pada sistem kesehatan.[124]

Seiring dengan berjalannya waktu, Pemerintah juga menerapkan standar ruang ICU khusus perawatan COVID-19. Setiap ruangan ICU minimal memiliki ventilasi mekanik (ventilator). Secara lebih lanjut, Kementerian Kesehatan mengatur kategori ruangan dengan isolasi tekanan negatif dan memiliki ventilator dan ruang isolasi non tekanan negatif dengan ventilator masuk ke dalam kategori ICU. Lebih rinci, perubahan kategori ruangan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.[125]

Jenis Ruangan Awal	Hasil Konversi Ruangan
ICU dengan ventilator	ICU tekanan negatif dengan ventilator
ICU tanpa ventilator	ICU tekanan negatif tanpa ventilator
Isolasi tekanan negatif dengan ventilator	ICU tanpa tekanan negatif dengan ventilator
Isolasi non tekanan negatif dengan ventilator	Isolasi tekanan negatif
Isolasi nontekanan negatif tanpa ventilator	Isolasi tanpa tekanan negatif

123 *Sindo News*, edisi 29 Januari 2022.
124 Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat dan Unggul*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2024), hlm. 47.
125 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 107.

Strategi ini merupakan bagian dari upaya pemerintah dalam menguatkan kapasitas sistem kesehatan selama pandemi. Selain itu, strategi ini didukung oleh beberapa langkah lainnya, seperti pemberlakuan PPKM untuk menekan penyebaran virus, serta percepatan program vaksinasi nasional yang ditujukan untuk menurunkan angka infeksi. Meskipun peningkatan kapasitas dan standardisasi ICU telah dilakukan, namun situasi darurat mengakibatkan ICU sering terisi penuh. Kondisi ini tidak hanya dihadapi oleh Indonesia, namun berbagai negara seperti Korea Selatan, Brazil, hingga Jerman pun mengalami masalah yang sama.[126] Di Indonesia, kasus penuhnya ruang ICU terjadi di sejumlah daerah. Antara lain di Riau pada Mei 2021, empat rumah sakit yakni RS Graha Hermina, RS Soedarsono Darmo Suwito, RS Keluarga Husada Batam, dan RSKI Galang tidak lagi dapat menerima pasien di ICU.[127] Kasus serupa terjadi di Rumah Sakit dr. Dradjat Prawiranegara (RSDP) Banten pada Juni 2021.[128] Hal ini menunjukkan bahwa COVID-19 telah mengguncang kesiapan pelayanan rumah sakit, terutama untuk kasus pasien yang memerlukan penangan intensif.

Pada saat yang sama, banyak negara mengalami *overburden* atau beban berlebih pada layanan kesehatan. Kondisi ini menyebabkan rumah sakit kewalahan menghadapi lonjakan pasien, sehingga fasilitas kesehatan penuh dan pasien terpaksa dirawat di lorong-lorong karena keterbatasan ruang dan sumber daya. Salah satu masalah yang dihadapi adalah kekurangan oksigen, yang semakin memperburuk situasi dan menunjukkan betapa layanan kesehatan tidak mampu mengimbangi kebutuhan pada saat-saat kritis. Sumber daya manusia di rumah sakit juga menjadi masalah tersendiri, terutama ketika terjadi lonjakan kasus yang memaksa para dokter dan tenaga medis bekerja tanpa henti. Namun demikian, Kementerian Kesehatan juga berupaya untuk mencegah rumah sakit sebagai ruang penularan COVID-19 atau menjadi klaster baru. Karenanya, Kementerian Kesehatan memerintahkan seluruh Kepala/Direktur Rumah Sakit untuk melakukan pemeriksaan NAAT dan RT-PCR kepada seluruh tenaga kesehatannya di satuan kerja masing-masing.[129] Selain itu, Kementerian Kesehatan juga memastikan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan protokol kesehatan secara ketat.[130]

Selama pandemi COVID-19, kebutuhan logistik, termasuk masker, sarung

126 *Antara News*, edisi 19 Maret 2021; *Bisnis Indonesia*, edisi 21 Desember 2020; *CNN Indonesia*, edisi 18 November 2021.
127 *Antara News*, edisi 16 Mei 2021.
128 *CNN Indonesia*, edisi 22 Juni 2021.
129 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 170.
130 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 163.

tangan, dan APD juga meningkat secara drastis, tetapi banyak rumah sakit tidak siap secara finansial untuk memenuhi permintaan mendesak ini, terutama di tengah lonjakan harga yang signifikan. Karenanya, Pemerintah mempercepat distribusi alat kesehatan penting, seperti ventilator, obat-obatan, dan APD melalui Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020.[131] Sebagai contoh, pemerintah melakukan pembelian mandiri oksigen konsentrator dari Singapura. Pemenuhan alat kesehatan di rumah sakit juga sangat terbantu oleh adanya hibah dari berbagai pihak, terutama bantuan luar negeri, seperti WHO UNDP, dan IOM yang menyalurkan total 33 ventilator untuk Indonesia dengan perkiraan nilai 762.460 dolar AS. Mempercepat terpenuhinya kebutuhan alat kesehatan, sejumlah rumah sakit juga melakukan kerja sama pertukaran alat-alat kesehatan.[132] Jika rumah sakit tertentu menghadapi kebutuhan mendesak terhadap alat kesehatan, maka rumah sakit lain yang pasien COVID-19-nya tidak terlalu banyak bisa meminjamkan alat kesehatannya.

Pada sisi lain, masyarakat juga memberikan bantuan berupa sumbangan alat kesehatan, dan pemerintah pun mengizinkan rumah sakit untuk menerima dan menggunakan sumbangan tersebut. Namun, dalam kondisi yang kacau dan terburu-buru, dokumentasi sumbangan menjadi tidak teratur, dengan kurangnya dukungan sistem informasi yang baik. Ketika pandemi berlalu dan pemerintah melakukan audit, rumah sakit dianggap melakukan *double claim* atas biaya operasional karena komponen yang dibiayai oleh sumbangan masyarakat juga masuk dalam klaim biaya ke Kementerian Kesehatan. Hal ini menimbulkan rasa ketidakpuasan di kalangan rumah sakit, yang merasa bahwa mereka telah memberikan layanan yang diperlukan selama krisis tetapi kemudian diminta untuk mengembalikan sejumlah dana. Pengalaman ini menunjukkan bahwa regulasi dan pengambilan keputusan pada masa krisis tidak diantisipasi dengan baik, serta perlunya sistem yang lebih siap untuk menghadapi situasi darurat di masa mendatang agar tidak terjadi kesalahan serupa di kemudian hari.

3. Mempertahankan Pelayanan Kesehatan Esensial

Pandemi COVID-19 menimbulkan ketidakjelasan dalam penerapan pedoman pencegahan dan pengendalian penyakit, yang berdampak pada terganggunya layanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, fokus pelayanan kesehatan menjadi terpusat pada COVID-19, sehingga memperbesar potensi untuk mengabaikan kasus lainnya. Kedua, secara sosiologis, muncul ketakutan masyarakat untuk mengakses

131 Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020.
132 *Antara News*, edisi 1 Juni 2020.

layanan kesehatan karena adanya potensi terpapar COVID-19 dari area fasilitas kesehatan maupun transmisi dari tenaga kesehatan. Dampaknya, terjadi pembatasan layanan kesehatan di berbagai daerah, terutama bagi orang-orang yang datang dari luar kota. Layanan kesehatan non-darurat seperti pemeriksaan kehamilan, kontrol hipertensi, dan diabetes juga terganggu karena dianggap tidak mendesak. Pandemi ini dapat dikatakan telah memberikan tekanan besar pada sistem kesehatan di seluruh dunia, termasuk Indonesia, yang harus menyeimbangkan penanganan kasus COVID-19 dengan tetap menyediakan layanan kesehatan esensial seperti imunisasi, pemeriksaan ibu hamil, pengobatan penyakit kronis, serta penanganan penyakit menular seperti tuberkulosis dan HIV. Selama masa COVID-19, prioritas pelayanan diberikan kepada pasien dengan tingkat urgensi tinggi, seperti ibu melahirkan, pasien hemodialisis, dan stroke, yang memerlukan penanganan segera. Sementara itu, pasien dengan penyakit yang bisa ditangani dari rumah, seperti TB, dilayani melalui telekonsultasi dan telemedicine untuk memastikan mereka tetap mendapatkan perawatan.[133]

Selama tiga bulan pertama pandemi COVID-19, pemanfaatan pelayanan esensial mengalami penurunan yang signifikan, khususnya layanan imunisasi dan ibu hamil. Kekhawatiran adanya transmisi virus masih menjadi faktor utama, yang berdampak pada penurunan cakupan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) serta keluarga berencana (KB).[134] Dalam situasi pandemi, para ibu hamil tidak bisa mendapatkan pelayanan konseling, deteksi dini risiko tinggi, monitoring hemoglobin, hingga pemberian tablet secara teratur. Namun karena tidak adanya kejelasan terkait kapan pandemi COVID-19 akan berakhir, maka kebutuhan ibu hamil dan imunisasi tetap menjadi prioritas pelayanan kesehatan selama pandemi. Ditjen Kesmas Kemenkes juga bekerja sama dengan organisasi profesi untuk melakukan modifikasi terhadap pedoman pelayanan operasional sehingga pelayanan KIA dan Gizi di Puskesmas dan Posyandu tetap bisa dilakukan selama masa pandemi.[135] Hal ini dilakukan untuk mencegah peningkatan kematian janin atau komplikasi pada ibu hamil. Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil akhirnya tetap dilaksanakan di berbagai tempat, terutama puskesmas, dengan menerapkan protokol kesehatan secara ketat.

Tidak hanya itu, layanan untuk penanganan tuberkulosis (TB) juga mengalami gangguan. Terutama ketika terjadi lonjakan kasus COVID-19, kebutuhan pasien

133 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024.

134 https://fornas.kebijakankesehatanindonesia.net/topik-4-ketahanan-layanan-kia-tantangan-dan-peluang-pelayanan-kia-di-masa-pandemi-COVID-19/

135 Wawancara Tertulis dengan dr. Kirana Pritasari, MQIH, Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2020 dan Staf Ahli Menteri Kesehatan Bidang Desentralisasi Kesehatan 2021, pada 16 Oktober 2024.

TB makin terabaikan karena layanan kesehatannya dialihkan ke rumah sakit non rujukan COVID-19. Kasus ini misalnya terjadi di RSUP Persahabatan Jakarta yang sejak Maret 2020 tidak bisa menerima pasien TB RO (resisten obat) untuk rawat inap dan pelayanan untuk mereka dialihkan ke RS Islam Jakarta, Cempaka Putih.[136] Kebutuhan pasien TB makin menghadapi situasi darurat ketika dari 132 rumah sakit rujukan COVID-19, terdapat 100 rumah sakit diantaranya yang merupakan rujukan TB RO. Dampaknya, sebagian besar pelayanan untuk TB dialihkan kepada kasus COVID-19. Menghadapi kondisi ini, Kementerian Kesehatan menyusun protokol pelayanan TB selama pandemi, terutama dengan mengatur interval pemeriksaan pasien di RS dan puskesmas diubah menjadi dua bulan sekali, dari yang sebelumnya setiap dua minggu sekali.[137] Namun seiring dengan peningkatan kasus COVID-19, para penderita TB juga makin menghadapi situasi yang rentan. Menghadapi situasi demikian, Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung Kementerian Kesehatan menghimbau agar para penderita TBC tetap melakukan pemeriksaan rutin di fasilitas kesehatan yang ada dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan.[138]

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan juga memperhatikan pasien dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebagai pasien yang rentan dan beresiko tinggi selama pandemi. Kementerian Kesehatan memerintahkan seluruh pelayanan kesehatan tetap melayani pasien dengan ISPA atau penyakit serupa lainnya.[139] Selain itu, instruksi juga diberikan pada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengawasi program pencegahan dan pengendalian ISPA di wilayahnya, sehingga kerja-kerja layanan kesehatan tidak overburden selama pandemi.

Pelayanan lain yang cukup esensial selama masa pandemi adalah pelayanan HIV/AIDS. Jauh sebelum terjadi pandemi, penanganan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) sebenarnya belum cukup optimal di Indonesia. Hal ini dikarenakan minimnya infrastruktur hingga tenaga medis yang punya kapasitas untuk penanganan HIV/AIDS. Adanya pandemi COVID-19 memperburuk situasi tersebut. Di sejumlah wilayah di Indonesia, terjadi kelangkaan antiretroviral (ARV) yang notabene obat yang harus dikonsumsi secara rutin oleh pasien ODHA. Kasus ini misalnya terjadi di Nusa Tenggara Timur pada September 2020[140] dan di Kabupaten Sukabumi pada tahun yang sama.[141] Kelangkaan tersebut

136 *Kompas*, edisi 24 Maret 2020.
137 *Ibid*.
138 *Kompas*, edisi 7 Juli 2020.
139 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 67.
140 *VOA Indonesia*, edisi 11 September 2020.
141 *CNN Indonesia*, edisi 10 Juli 2020.

disebabkan oleh terhambatnya impor ARV karena *lockdown* yang diberlakukan di India.[142] Sulitnya kontrol terhadap pasien ODHA selama masa pandemi juga mengakibatkan munculnya kasus baru penularan HIV/AIDS di beberapa wilayah. Di Maluku misalnya, terjadi 392 kasus penularan HIV sejak 2020 sampai 2021.[143] Situasi yang sama mengkhawatirkannya juga terjadi di Papua dan Papua Barat[144], Tanjungpinang,[145] hingga Jawa Barat.[146]

Kementerian Kesehatan mencoba berbagai solusi untuk mengoptimalkan pelayanan bagi pasien ODHA. Pada 2021, Kementerian Kesehatan memberikan kelonggaran agar obat ARV dapat diberikan pada pasien untuk jangka konsumsi satu hingga tiga bulan.[147] Tentu saja, kebijakan tersebut diterapkan ketika stok obat ARV di Indonesia telah kembali meningkat. Juga, kebijakan tersebut tidak diterapkan secara merata di seluruh daerah di Indonesia, karena adanya keterbatasan infrastruktur, tenaga medis, dan lain-lain di beberapa tempat. Selain itu, Kementerian Kesehatan juga mengutamakan kampanye pencegahan HIV/AIDS, sesuai dengan amanat Peraturan Menteri Kesehatan No.4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang menekankan peningkatan upaya promotif dan preventif diprioritaskan dalam penanggulangan HIV/AIDS.[148] Mempertimbangkan bahwa banyak pasien HIV/AIDS kesulitan melakukan mobilitas fisik karena khawatir adanya transmisi virus, Kementerian Kesehatan juga mengimbau agar mereka memanfaatkan layanan *telemedicine*. Kementerian Kesehatan dalam hal ini bekerjasama dengan UNDP dan Aliansi Telemedik Indonesia (Atensi) membuat layanan *telemedicine Good Doctor* untuk melayani pasien HIV/AIDS.[149] Disisi lain, Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki kewenangan masing-masing untuk menyiasati penanganan HIV/AIDS selama pandemi. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur misalnya memilih untuk memberikan obat ARV sejumlah 10 (sepuluh) tablet pada pasien untuk memastikan agar seluruh pasien ODHA mendapatkan obat tersebut. Mereka akan diminta kembali ke rumah sakit untuk mengambil obat setelah stok kembali terpenuhi.[150]

Pencegahan dan penanganan hipertensi juga menjadi perhatian pemerintah.

142 *Ibid*.
143 *Antara News*, edisi 1 November 2021.
144 *VOA Indonesia*, edisi 3 Januari 2021.
145 *Antara News*, edisi 1 Desember 2021.
146 *Kompas*, edisi 22 Juli 2021.
147 *Antara News*, edisi 22 Juli 2021.
148 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019.
149 *Antara News*, edisi 28 Januari 2021.
150 *VOA Indonesia*, edisi 11 September 2020.

Meskipun tergolong sebagai penyakit tidak menular (PTM), namun hipertensi - jika tidak ditangani - dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti penyakit jantung hingga gangguan syaraf, yang tentu akan menambah beban kerja sektor kesehatan di Indonesia selama pandemi. Hipertensi makin menjadi perhatian pemerintah ketika tahun 2020 Kementerian Kesehatan menemukan bahwa 13,3% pasien COVID-19 dengan penyakit hipertensi meninggal dunia.[151] Sejak awal pandemi COVID-19, tepatnya pada April 2020, Kementerian Kesehatan RI telah menerbitkan surat edaran terkait Penanganan Orang Dengan Faktor Risiko dan Penyandang Penyakit Tidak Menular (PTM) selama masa Pandemi COVID-19. Surat edaran tersebut memuat instruksi penting terkait penyakit hipertensi. Antara lain bahwa penyandang hipertensi diimbau untuk tetap memeriksakan diri secara rutin di rumah, terutama ketika terjadi gejala peningkatan tekanan darah. Kedua, instruksi agar mengonsumsi obat-obatan secara teratur, dan bagi peserta JKN dan Peserta Rujuk Balik (PRB) dapat memperoleh stok obat untuk 2 bulan, dimana stok bulan pertama dapat diambil saat berobat dan stok bulan kedua diambil di apotik.[152] Selain itu, pemerintah juga mengimbau pemanfaatan media daring dimana masyarakat - terutama penderita hipertensi - dapat memperoleh informasi terkait penyakitnya dengan lebih mudah.

Selama pandemi COVID-19, terdapat berbagai inovasi di sektor kesehatan untuk menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan esensial. Meskipun kualitas pelayanan kesehatan sulit dikategorikan secara pasti karena keterbatasan pencatatan dan pelaporan, layanan tetap diberikan dengan adaptasi yang signifikan. Salah satu inovasi utama pada saat itu adalah perkembangan pesat layanan *telemedicine*, yang memungkinkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter secara virtual dan menerima obat-obatan melalui pengiriman langsung ke rumah. Platform seperti *Halodoc* menjadi pionir dalam menyediakan konsultasi dan pengiriman obat gratis untuk pasien COVID-19. Kolaborasi antara sektor kesehatan dan industri logistik, seperti kemitraan dengan *SiCepat* dan *Gojek*, memungkinkan pengiriman obat yang efisien hingga ke rumah pasien. Inovasi-inovasi ini tidak hanya membantu mengatasi keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan selama masa pembatasan sosial, tetapi juga membuka jalan bagi transformasi digital dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Pasien yang melakukan isolasi mandiri (isoman) mendapatkan layanan *telemedicine* yang tidak hanya didukung oleh pihak swasta, tetapi juga oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Namun, jika kondisi pasien memburuk, penanganan tersebut dialihkan kepada rumah sakit untuk memastikan tindakan yang tepat, termasuk

151 *Antara News*, edisi 14 Oktober 2020.

152 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 50.

pengiriman obat-obatan dan menentukan lokasi perawatan yang sesuai. Koordinasi yang jelas diterapkan, dengan pembagian tugas yang tegas antara puskesmas dan rumah sakit dalam menangani pasien sesuai tingkat kebutuhan mereka.[153]

Selain penyakit fisik, trajektori pelayanan kesehatan esensial selama pandemi menunjukkan perhatian pemerintah pada gangguan mental dan kejiwaan yang mengalami peningkatan selama masa pandemi. Hal ini disebabkan oleh berbagai disrupsi yang terjadi selama pandemi, seperti sebagian masyarakat yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), pembelajaran yang harus dilakukan secara daring, cemas berlebihan dalam menghadapi COVID-19, dan lain-lain. Dalam Peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia Tahun 2021, Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Kemenkes menyatakan bahwa pandemi telah meningkatkan gangguan mental dan kejiwaan berupa depresi hingga sekitar 6-9%.[154] Secara lebih lanjut, kondisi tersebut meningkatkan potensi timbulnya kecemasan hingga bunuh diri. Namun sejak 2020, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan pedoman terkait pencegahan dan penanganan gangguan mental dan kejiwaan, termasuk pada pasien atau penyintas COVID-19.[155] Pedoman tersebut menunjukkan bahwa Rumah Sakit dan Puskesmas tetap melayani penanganan gangguan mental dan kejiwaan selama pandemi, meskipun masyarakat juga diminta untuk menjaga kesehatan mental dan jiwanya masing-masing. Pun sayangnya, jumlah psikiater yang ada di layanan kesehatan di Indonesia tidak sebanding dengan jumlah penduduk. Per tahun 2022, hanya ada 1 (satu) psikiater untuk menangani 200.000 penduduk, rasio yang masih sangat jauh dari standar WHO yang menetapkan rasio ideal 1:30.000.[156]

Selama penanganan COVID-19, dilakukan pertemuan berkala lintas sektoral dan lintas kementerian untuk memastikan koordinasi yang baik dalam penanggulangan pandemi. Kementerian Kesehatan juga menerapkan berbagai pedoman pelayanan kesehatan yang mencakup juknis untuk puskesmas, panduan program Indonesia Sehat, pedoman untuk pelayanan kesehatan masyarakat, praktik mandiri bidan, serta teknis klinis. Kementerian kesehatan juga menerapkan layanan kesehatan jarak jauh (telemedik) untuk mengatasi

153 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024

154 *VOA Indonesia*, edisi 7 Oktober 2021.

155 Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi COVID-19*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020).

156 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20221010/4041246/kemenkes-kembangkan-jejaring-pelayanan-kesehatan-jiwa-di-seluruh-fasyankes/

beberapa pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat.[157] Kebijakan ini bertujuan untuk menjaga agar pelayanan kesehatan tetap berjalan dengan baik dan aman selama pandemi. Namun, dalam pelaksanaannya, beberapa aspek kesehatan mengalami penurunan, seperti angka vaksinasi dan kegiatan di posyandu, yang menunjukkan tantangan yang dihadapi selama periode COVID-19.

4. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer

Pandemi COVID-19 memaksa berbagai negara, termasuk Indonesia, untuk fokus pada kesiapan rumah sakit. Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, Pemerintah Indonesia juga mendorong peningkatan kapasitas rumah sakit (pelayanan di tingkat sekunder dan tersier) melalui berbagai cara. Pada satu sisi, kebijakan tersebut menjadi sangat penting untuk penanganan pandemi, namun disisi lain telah menegasikan pelayanan di tingkat primer. Secara umum, kunjungan pasien ke Puskesmas - sebagai layanan kesehatan primer - menurun drastis selama pandemi. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin dalam rapat kerja dengan Komisi IX DPR RI pada 17 Maret 2021 menyebutkan bahwa sebesar 83,6% puskesmas mengalami penurunan kunjungan pasien, dan sebesar 43% puskesmas meniadakan pelayanan posyandu.[158] Padahal, pelayanan kesehatan primer yang fokus pada upaya promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis penyakit, sampai kepada upaya penanganan dan rehabilitasi, merupakan tulang punggung sektor kesehatan di akar rumput.

Selama pandemi, Puskesmas menjadi tulang punggung pencegahan dan pengendalian COVID-19. Khususnya, Puskesmas sangat berperan dalam mencegah lonjakan kasus yang signifikan. Hal ini dikarenakan Puskesmas bertanggung jawab untuk meningkatkan kegiatan promotif dan preventif kepada masyarakat di wilayahnya terkait COVID-19. Kementerian Kesehatan menerbitkan surat edaran tentang Penguatan Peran Puskesmas dalam Upaya Promotif dan Preventif Penyebaran COVID-19 pada Maret 2020. Dalam surat tersebut, dinyatakan bahwa Puskesmas berperan untuk meningkatkan kegiatan promotif dan preventif terkait COVID-19 melalui Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), mendorong pengelola tempat-tempat umum (TTU) untuk menyediakan sarana dan prasarana cuci tangan bagi pengunjung, serta melakukan penyelidikan epidemiologi (PE) bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.[159]

Puskesmas juga diwajibkan untuk menganjurkan masyarakat memeriksakan

157 *Kompas*, edisi 25 Oktober 2021.
158 *Kompas*, edisi 17 Maret 2021.
159 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 24.

diri apabila mengalami gejala yang mengindikasikan COVID-19.[160] Artinya, kecepatan penanganan dan pengendalian COVID-19 ditingkat lokal sangat bergantung pada Puskesmas. Terutama ketika terjadi lonjakan kasus, Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bertanggung jawab untuk memantau kondisi pasien yang berada dalam isolasi mandiri. Ketika pasien isolasi mandiri harus dirujuk ke rumah sakit, puskesmas juga bertanggungjawab untuk mencarikan rumah sakit atau tempat perawatan yang setara. Situasi ini menempatkan Puskesmas sebagai garda terdepan dalam penanganan pandemi. Akibatnya, puskesmas juga berpotensi menjadi klaster baru COVID-19. Sebagai contoh, kasus ini terjadi di Blitar, Jawa Timur, dimana belasan puskesmas sempat harus tutup sementara karena puluhan tenaga kesehatannya terpapar COVID-19.[161]

Sejumlah puskesmas juga terpaksa membuka pelayanannya selama 24 jam untuk kepentingan pengendalian dan penanganan COVID-19. Kasus ini misalnya terjadi di Surabaya, dimana pada Juli 2021, sebanyak 63 puskesmas beroperasi selama 24 jam termasuk pelayanan *ambulance*-nya.[162] Kebijakan untuk beroperasi selama 24 jam juga diterapkan di sejumlah wilayah ketika terjadi peningkatan arus mobilitas fisik, seperti ketika libur hari raya. Kemudian ketika vaksinasi mulai digalakkan, sejumlah puskesmas juga menyelenggarakan pelayanan vaksin hingga malam hari. Selain itu, Puskesmas juga bertanggung jawab untuk memberikan edukasi bagi penyintas COVID-19 untuk tetap berhati-hati dalam beraktivitas, terutama ketika masa pemulihan. Termasuk diantaranya Puskesmas juga perlu memberikan edukasi dan pelatihan pernafasan bagi penyintas COVID-19, sehingga penyintas tidak mengalami kepanikan ketika merasa sesak nafas.[163] Pun jika terjadi kematian akibat COVID-19, Puskesmas juga memiliki berbagai kewajiban, diantaranya menyelenggarakan pemulasaran jenazah dan mendampingi proses pemakaman jenazah tersebut.[164] Pendampingan dilakukan untuk memastikan bahwa proses pemakaman tidak menyalahi protokol kesehatan. Hal ini menunjukkan komitmen fasilitas kesehatan dalam upaya penanganan pandemi.

Pelayanan kesehatan primer juga tetap dibuka untuk penyakit atau isu kesehatan lainnya. Sesuai dengan arahan Kementerian Kesehatan, Puskesmas harus melakukan beberapa hal untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan

160 *Ibid*.
161 *Kompas*, edisi 31 Juli 2021.
162 *Detik News*, edisi 13 Juli 2021.
163 Kementerian Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi COVID-19: Serial Kedua*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2021).
164 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4834/2021.

non-COVID-19 tetap berjalan. *Pertama*, ialah mengidentifikasi pelayanan yang menjadi prioritas oleh karena keterbatasan sumber daya selama masa pandemi. Pelayanan prioritas ditujukan bagi penyakit atau isu kesehatan yang beresiko besar jika penanganannya ditunda. *Kedua*, mengedepankan integrasi dalam pemberian pelayanan sehingga terjadi percepatan pencegahan atau penanganan penyakit. Integrasi misalnya dilakukan dengan pelaksanaan surveilans untuk mencegah Kejadian Luar Biasa (KLB) pada penyakit tertentu, pemanfaatan teknologi digital untuk berkomunikasi dengan masyarakat, investigasi kontak virus dan penyakit secara virtual, dan lain-lain. *Ketiga*, memastikan kesiapan sumber daya untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan.[165]

Merujuk pada poin ketiga, kesiapan sumber daya, maka pemenuhan dan perlindungan tenaga kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan primer juga menjadi prioritas. Dalam konteks ini, puskesmas harus memperhatikan beberapa aturan bagi para tenaga kesehatannya. Antara lain yakni memberlakukan jam kerja yang sesuai; memberikan bimbingan, pelatihan, dan persediaan APD sehingga para tenaga kesehatan tidak terpapar COVID-19 selama melakukan perawatan; memantau kondisi fisik para tenaga kesehatan untuk menghindari penyakit, stres, dan kelelahan; hingga memastikan asupan gizi.[166] Namun, pelayanan kesehatan di tingkat primer masih terhalang oleh beberapa hal. Salah satunya adalah keterbatasan puskesmas di berbagai wilayah. Sebagai contoh, per 2022, Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa 171 wilayah kecamatan di Indonesia belum dilengkapi fasilitas puskesmas.[167] Kekurangan tenaga medis juga menjadi kendala di sejumlah wilayah di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa selama masa pandemi COVID-19, fungsi pelayanan kesehatan ditingkat primer belum cukup optimal karena keterbatasan sumber daya.

5. Perkembangan Medical Tourism dan Medical Wellness

Memasuki tahun 2020-2022, meskipun menghadapi tantangan Pandemi COVID-19, sektor pariwisata kesehatan di Indonesia tetap menunjukkan potensi yang menjanjikan. Kemenparekraf mencatat peningkatan signifikan jumlah wisatawan mancanegara yang berkunjung ke Indonesia, dari 1,56 juta wisatawan pada tahun 2021 menjadi 3,92 juta wisatawan hingga Oktober 2022. Meskipun sebagian besar merupakan wisatawan umum, potensi peningkatan wisatawan medis juga terlihat dengan adanya kebijakan-kebijakan baru yang mendukung sektor ini.[168]

165 Kementerian Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Pelayanan …, op.cit*., hlm. 75-84.
166 *Ibid*., hlm. 78.
167 *Antara News*, edisi 20 Januari 2022.
168 https://mpar.upi.edu/menjelajahi-potensi-medical-tourism-sebagai-industri-yang-berkembang-

Pada 16 Februari 2022, pemerintah menetapkan Keputusan Bersama Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif/Kepala Badan Pariwisata dan Ekonomi Kreatif dan Menteri Kesehatan yang menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Wisata Kesehatan Indonesia. Pedoman ini mencakup wisata medis, wisata kebugaran dan herbal, wisata ilmiah kesehatan, dan wisata olahraga kesehatan.[169] Langkah ini diikuti dengan penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2022 yang menetapkan Kawasan Ekonomi Khusus (KEK) Kesehatan dan Pariwisata di Sanur, Bali.[170]

Puncaknya, pada tahun 2023, pemerintah mengesahkan Undang-Undang Kesehatan baru yang memberikan landasan hukum yang lebih kuat untuk pengembangan wisata medis di Indonesia. UU ini diharapkan dapat memperkuat posisi Indonesia dalam persaingan dengan negara-negara Asia lainnya yang telah lebih dulu mengembangkan wisata medis, seperti Thailand, Singapura, Malaysia, dan India.

Meskipun menghadapi tantangan seperti kebutuhan peningkatan kualitas dan pemerataan akses fasilitas kesehatan serta peningkatan kompetensi tenaga medis, Indonesia memiliki peluang besar untuk mengembangkan sektor wisata medis dan kebugaran. Dengan adanya kebijakan-kebijakan baru dan dukungan pemerintah, Indonesia berada pada posisi yang baik untuk memanfaatkan momentum pasca-COVID-19 dan mempromosikan potensi medical tourism-nya, yang unik dalam menggabungkan pengobatan modern dengan kearifan budaya lokal.

6. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pada periode 2020-2022, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan serangkaian kebijakan khusus terkait pelayanan kesehatan gigi sebagai respons terhadap Pandemi COVID-19. Langkah awal diambil dengan penerapan protokol kesehatan khusus untuk pelayanan kesehatan gigi, yang mencakup pengaturan ventilasi ruangan praktek, penapisan pasien, pengelolaan penjadwalan kunjungan, pembatasan volume kunjungan, penerapan zonasi di tempat praktik, dan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai untuk dokter gigi. Bersamaan dengan itu, Kemenkes juga mengeluarkan kebijakan untuk mengurangi prosedur yang menghasilkan aerosol dalam praktik kedokteran gigi, kecuali dalam keadaan darurat atau mendesak.

---

di-indonesia/

169 Janetty, "Peluang Dan Tantangan Wisata Medis Indonesia Terkait Undang-Undang Kesehatan Baru 2023", *Pemuliaan Keadilan*, Volume 1 No 3 Juli 2024, hlm. 1-12.

170 https://mpar.upi.edu/menjelajahi-potensi-medical-tourism-sebagai-industri-yang-berkembang-di-indonesia/

Memasuki tahun 2021, Kemenkes menerbitkan Petunjuk Teknis (Juknis) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru. Juknis ini bertujuan untuk mengurangi penularan COVID-19 sambil tetap memastikan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dibutuhkan. Sebagai bagian dari adaptasi terhadap situasi pandemi, Kemenkes juga mendorong pengembangan layanan teledentistry, yang memungkinkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter gigi tanpa harus bertatap muka secara langsung.Untuk melengkapi rangkaian kebijakan tersebut, Kemenkes menerbitkan panduan pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan serta lingkungan kerja dokter gigi pasca kunjungan pasien.

Prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia masih tinggi, dengan 57,6% penduduk mengalami masalah seperti gigi berlubang (45,3%) dan gusi bengkak atau abses (14%), namun hanya 10,2% yang mengakses layanan kesehatan gigi. Pandemi COVID-19 memperburuk akses karena kekhawatiran terhadap penularan virus, mengingat praktik kedokteran gigi menggunakan aerosol yang berisiko tinggi, sehingga kunjungan pasien menurun. Data PDGI menunjukkan hingga Maret 2021 terdapat 396 dokter gigi yang terpapar COVID-19, dengan 94 diantaranya meninggal dunia. Untuk mengurangi risiko, Kementerian Kesehatan bersama PDGI mengeluarkan petunjuk teknis baru dan mengembangkan layanan teledentistry, memungkinkan konsultasi jarak jauh agar masyarakat tetap dapat mengakses layanan kesehatan gigi dengan aman.[171]

7. Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pada periode ini, pelayanan pengobatan tradisional di Indonesia mengalami perkembangan pesat, dengan 32% masyarakat memanfaatkannya saat sakit. Pemerintah mendukung integrasi pengobatan tradisional ke dalam sistem kesehatan nasional melalui berbagai kebijakan dan inisiatif. Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto mendorong kemitraan antara institusi riset dan rumah sakit untuk mewujudkan pusat pengobatan tradisional, sementara Wakil Menteri Kesehatan Ali Ghufron Mukti mengadvokasi penambahan materi pengobatan tradisional dalam kurikulum pendidikan dokter. Implementasi nyata terlihat di beberapa rumah sakit, seperti RSUP Sanglah di Bali, yang telah mengintegrasikan pelayanan pengobatan tradisional dan komplementer, menunjukkan langkah positif dalam menyelaraskan pengobatan tradisional dengan pelayanan

171 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210912/3338465/kemenkes-tingkatkan-layanan-kesehatan-gigi-dan-mulut-yang-aman-dari-penularan-covid-19/_

kesehatan modern.[172]

Pada saat Pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan Indonesia mendorong pemanfaatan obat tradisional seperti jamu, obat herbal terstandar, dan fitofarmaka untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan kesehatan, termasuk selama pandemi COVID-19. Penggunaan obat tradisional ini didasarkan pada Formularium Ramuan Obat Tradisional Indonesia (FROTI) yang telah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan. Masyarakat diingatkan untuk memperhatikan petunjuk penggunaan, izin edar dari BPOM, dan informasi penting lainnya saat menggunakan obat tradisional, yang mencakup berbagai tanaman obat seperti jahe, temulawak, kunyit, dan bawang putih, yang diyakini memiliki berbagai khasiat termasuk meningkatkan daya tahan tubuh dan mengatasi keluhan umum seperti batuk dan flu.[173]

8. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Sebagai respons terhadap Pandemi COVID-19, pada periode ini ditetapkan berbagai kebijakan yang disesuaikan dengan kondisi pandemi pada saat itu. Salah satunya adalah kebijakan terkait akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan yang diatur dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/455/2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi COVID-19. Dalam hal perizinan fasilitas pelayanan kesehatan, ditetapkan bahwa proses permohonan ataupun perpanjangan izin penyelenggaraan/operasional rumah sakit, Puskesmas, klinik, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah yang terkendala kondisi Pandemi COVID-19, maka izin penyelenggaraan/operasional dinyatakan berlaku selama 1 (satu) tahun terhitung sejak status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 dinyatakan dicabut oleh Pemerintah.[174] Untuk mendapatkan izin di atas, fasilitas kesehatan diwajibkan membuat pernyataan komitmen penyelenggaraan/operasional fasilitas pelayanan kesehatan, yang dapat digunakan sebagai persyaratan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, badan usaha atau lembaga lain. ‘

Sementara dalam hal akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, ditetapkan bahwa kegiatan persiapan dan survei akreditasi untuk rumah sakit dan laboratorium kesehatan mulai dilakukan setelah status Bencana Nasional

172 Diakses melalui: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/13/perkembangan-obat-dan-pengobatan-tradisional-dalam-kesehatan-masyarakat-dan-pemanfaatannya-di-rumah-sakit, pada 30 Oktober 2024

173 Diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200521/4433937/kemenkes-sarankan-masyarakat-manfaatkan-obat-tradisional/, pada 31 Oktober 2024

174 Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/455/2020.

atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 dinyatakan dicabut oleh Pemerintah. Bagi fasilitas kesehatan yang telah terakreditasi, sertifikat akreditasinya tetap berlaku masih tetap berlaku selama 1 (satu) tahun terhitung sejak status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 dinyatakan dicabut oleh Pemerintah. Sebagai gantinya, fasilitas kesehatan diminta membuat pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu yang digunakan sebagai: 1) persyaratan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, badan usaha atau lembaga lain; dan/atau 2) persyaratan untuk perpanjangan izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan atau peningkatan kelas rumah sakit. Rumah sakit, Puskesmas, klinik, dan laboratorium kesehatan diwajibkan untuk menerapkan standar dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai bagian dari budaya mutu dan keselamatan pasien. Adanya kebijakan khusus tentang perizinan dan akreditasi fasyankes ini memiliki potensi dampak terhadap mutu pelayanan kesehatan. Dengan akreditasi yang telah kadaluarsa dan ditunda penilaiannya, terdapat risiko mandeknya upaya penjaminan mutu. Akan tetapi, belum ada data yang membandingkan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia sebelum dan setelah Pandemi COVID-19 akibat pelonggaran kebijakan perizinan dan akreditasi.

Terkait dengan mutu fasyankes dasar, pada periode ini juga ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang mencabut peraturan sebelumnya yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2019. Kebijakan ini menetapkan bahwa setiap Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG wajib dilakukan Akreditasi paling lambat setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha untuk pertama kali dan dilakukan re-akreditasi setiap 5 tahun.[175] Kebijakan ini mengamanatkan Menteri untuk menetapkan lembaga penyelenggara Akreditasi yang telah memenuhi persyaratan.

Sayangnya hingga akhir periode ini, lembaga penyelenggara akreditasi yang dimaksud belum ditetapkan. Sementara, untuk fasyankes rujukan ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan No 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit yang mencabut peraturan sebelumnya yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2017. Berbeda dengan peraturan sebelumnya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 menetapkan bahwa akreditasi rumah sakit diselenggarakan secara berkala setiap 4 (empat) tahun, paling lambat setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama

175 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022.

kali.[176] Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri yang ditetapkan oleh Menteri. Pertengahan bulan November 2021, Pemerintah menetapkan 5 Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit baru sehingga di Indonesia ada 6 Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit yaitu: (1) Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI); (2) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Dharma Husada Paripurna (LARS-DHP); (3) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS); (4) Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien RS (LAMKP); (5) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI); dan (6) Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Pada periode ini juga ditetapkan regulasi tentang Indikator Nasional Mutu (INM) dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.[177] Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kebijakan ini telah berupaya mengelaborasi tujuh dimensi mutu dalam lampiran yang menjelaskan konsep mutu layanan kesehatan, yakni efektif (*effective*), efisien (*efficient*), keselamatan/aman (*safe*), berorientasi pada pasien (*patient oriented*), tepat waktu (*timely*), adil (*equitable*), dan terintegrasi (*integrated*).[178] Kebijakan ini menjadi acuan pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu yang ditetapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Upaya menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan juga dibarengi dengan penggunaan *telemedicine* sebagaimana tercantum dalam KMK No. HK.01.07-MENKES-4829-2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui *Telemedicine* Masa pandemi COVID-19. Dalam kebijakan ini, mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien disebutkan dalam diktum sebagai perhatian bagi dokter dan tenaga kesehatan lain pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan *telemedicine* sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Penggunaan *telemedicine* dan digitalisasi layanan kesehatan turut membantu menjaga keberlanjutan beberapa layanan esensial serta meningkatkan efisiensi, meski demikian, perbedaan pemanfaatan *telemedicine* karena kondisi antar wilayah di Indonesia memperburuk ketidaksetaraan akses di beberapa wilayah.

176 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020.
177 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022.
178 *Ibid*.

9. Perluasan dan Pengembangan Laboratorium Kesehatan Masyarakat

Pada masa Pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan belum memiliki kapasitas laboratorium yang memadai untuk melakukan pemeriksaan PCR. Teknologi PCR belum dijadikan sebagai backbone pemeriksaan laboratorium, dan identifikasi kasus beta coronavirus masih bergantung pada gejala klinis, tanpa dukungan laboratorium yang optimal. Kapasitas nasional dalam hal pemeriksaan laboratorium sangat terbatas, dengan hanya mampu melakukan sekitar dua puluh pemeriksaan seminggu, menggunakan mekanisme yang masih konvensional. Proses untuk mendapatkan hasil laboratorium pun membutuhkan waktu hampir sepuluh hari, yang sangat tidak efisien dalam konteks penanganan wabah. Salah satu masalah utama yang teridentifikasi pada masa pandemi COVID-19 adalah kapasitas laboratorium yang masih jauh dari memadai untuk melakukan PCR dan pemeriksaan lainnya. Terhitung pada 10 April 2020, baru ada 49 laboratorium yang ditetapkan sebagai lokasi pemeriksaan bagi sampel-sampel virus ini.[179] Termasuk di antaranya Laboratorium Litbangkes yang menjadi lab pertama dan pusat dari pemeriksaan virus ini di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa sistem dan jumlah laboratorium di Indonesia sesungguhnya belum siap untuk menghadapi pandemi COVID-19.

Dampaknya, laboratorium kesehatan di Indonesia dituntut untuk meningkatkan kualitas dan pelayanan mereka. Terdapat surat edaran Kementerian Kesehatan yang mengharuskan Laboratorium dibawah Kementerian Kesehatan untuk dapat menyediakan PCR. tidak hanya alat PCR, namun setiap laboratorium juga harus mampu untuk melakukan pemeriksaan COVID-19. Pemanfaatan laboratorium pada saat pandemi tidak hanya memberdayakan laboratorium kesehatan, namun juga memberdayakan laboratorium-laboratorium yang tersedia salah satunya menggunakan laboratorium non kesehatan.[180] Kemudian setidaknya sejak April 2020, Kepala BNPB sekaligus Ketua Gugus Tugas COVID-19 Doni Monardo menerbitkan instruksi kepada seluruh laboratorium pemeriksaan agar menginput hasil pemeriksaan sampelnya melalui sistem Gugus Tugas. Ada dua portal yang disediakan pada saat itu, yakni portal Pusdatin dan Portal Gugus Tugas melalui laman http://data.covid19.go.id.[181]

Seiring dengan meningkatnya jumlah kasus, pemerintah menyadari bahwa kapasitas pengujian harus ditingkatkan secara cepat. Hal ini karena laboratorium kesehatan merupakan sarana penunjang upaya pelayanan kesehatan, khususnya

179 *Tempo*, edisi 10 April 2020.
180 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020.
181 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 34.

bagi kepentingan *preventif, curative, promotif, dan rehabilitatif.* Pada Mei 2020, Kementerian Kesehatan juga menunjuk sejumlah laboratorium rumah sakit yang mampu menggunakan alat PCR close system untuk melakukan pemeriksaan COVID-19. Namun karena peralatan yang masih sangat terbatas, pemeriksaan diprioritaskan untuk Pasien dalam Pemantauan (PDP), Orang Dalam Pemantauan (ODP), dan Orang Tanpa Gejala (OTG).[182] Pemeriksaan tersebut juga tidak membebankan biaya pada pasien, sehingga pelayanan laboratorium menjadi lebih demokratis dan cepat.

Pada periode yang sama, Kementerian Kesehatan juga mengatur koordinasinya dengan laboratorium pemeriksa COVID-19 seperti laboratorium yang berada di bawah Balitbangkes Kemenkes RI, laboratorium di 34 Dinas Kesehatan Provinsi, hingga laboratorium dibawah Kementerian BUMN. Dibandingkan dengan saat bulan pertama pandemi, jumlah laboratorium dalam jejaring tersebut telah jauh lebih banyak dan berkembang. Untuk mengintegrasikan data hasil pemeriksaan, maka seluruh jejaring laboratorium pemeriksa COVID-19 berada dibawah koordinasi Kepala Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan. Pelaporan data hasil pemeriksaan dilakukan melalui satu sistem yang terintegrasi dengan pusat data milik Kementerian Kesehatan RI.[183]

Pada pertengahan 2020, terjadi perluasan besar-besaran laboratorium di seluruh Indonesia. Dalam situasi ini, upaya kolaborasi dengan berbagai pihak mulai dilakukan, termasuk dengan sektor pertanian dan swasta untuk memperkuat kapasitas pemeriksaan. Meskipun demikian, semua kegiatan tersebut masih dikelola oleh Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) Kementerian Kesehatan. Kesulitan dalam memanfaatkan teknologi laboratorium yang modern mencerminkan betapa krusialnya kesiapan sistem kesehatan dalam merespons situasi darurat kesehatan. Tanpa dukungan laboratorium yang efektif dan inovasi dalam pendekatan pemeriksaan, upaya pengendalian wabah akan terhambat. Pemerintah mendorong rumah sakit daerah, universitas, dan institusi penelitian untuk mengembangkan laboratorium yang dapat melakukan tes PCR. Hanya dalam beberapa bulan, jumlah laboratorium yang mampu menguji COVID-19 meningkat drastis.

Pada Juni 2020, Gugus Tugas memerintahkan seluruh laboratorium pemeriksaan COVID-19 untuk membuka pelayanannya secara optimal, termasuk pada hari libur. Mereka juga berkewajiban untuk mengirimkan setiap

182 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 72.

183 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 99.

hasil pemeriksaan COVID-19 melalui aplikasi *New All Record C 19*.[184] Dengan demikian, dapat diperoleh gambaran jumlah kasus positif yang bergerak secara dinamis berdasarkan hasil laboratorium tersebut. Meskipun fungsi laboratorium dioptimalkan, pemerintah tetap mengimbau agar protokol kesehatan dilaksanakan secara ketat selama pemeriksaan COVID-19. Himbauan ini bertujuan agar laboratorium tidak menjadi kluster baru COVID-19.

Tantangan dalam pengembangan kapasitas laboratorium PCR di Indonesia pada awal Pandemi COVID-19, dimana meskipun beberapa universitas memiliki fasilitas laboratorium, banyak yang tidak siap berkontribusi secara maksimal. Seringkali mereka merasa laboratorium adalah milik mereka dan enggan berbagi sumber daya untuk kepentingan publik. Hal ini menciptakan ketidakselarasan antara kebutuhan nasional dan kesiapan institusi pendidikan. Meskipun ada beberapa fasilitas, kapasitas pengujian tetap terbatas dan teknologi yang digunakan masih konvensional. Pentingnya kolaborasi antara institusi pendidikan, pemerintah, dan sektor kesehatan untuk respons yang efektif terhadap krisis kesehatan, serta perlunya dukungan dan penghapusan hambatan institusional untuk memperlancar aliran informasi dan sumber daya.

10. Program Vaksinasi COVID-19

Pada 23 Desember 2020, di tengah merebaknya Pandemi COVID-19, fokus utama kebijakan adalah penerapan strategi baru untuk mengatasi situasi tersebut, dengan vaksinasi massal sebagai prioritas utama. Kementerian Kesehatan berperan aktif dalam mendistribusikan vaksin ke berbagai daerah, terutama yang rentan, termasuk tenaga kesehatan dan lansia pada tahap awal. Vaksinasi ini juga diperluas kepada masyarakat umum, yang berhasil mencapai lebih dari 100 juta dosis vaksin yang telah diinjeksi. Upaya ini bertujuan untuk membangun kekebalan kelompok (*herd immunity*) dan menyelesaikan penanganan kasus COVID-19 secara efektif.

Pemerintah Indonesia berupaya menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan esensial di tengah Pandemi COVID-19, dengan program vaksinasi sebagai fokus utama sejak akhir 2020. Sejak awal adanya program vaksinasi, semangat yang dibawa oleh Pemerintah Indonesia adalah demokratisasi vaksin, dimana setiap warga negara Indonesia berhak memperoleh vaksin COVID-19, Pelatihan tenaga vaksinator juga menjadi kunci dalam meningkatkan kapasitas vaksinasi nasional, melibatkan berbagai pihak seperti tenaga sipil, militer, kepolisian, dan mahasiswa kedokteran, dengan jumlah yang dilatih mencapai

184 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 140.

puluhan ribu orang. Kolaborasi lintas sektor ini mencerminkan semangat gotong-royong dalam mempercepat vaksinasi dan melindungi masyarakat dari COVID-19.

Kebijakan vaksinasi disesuaikan dengan tren global, termasuk memperluas cakupan untuk remaja dan anak-anak di atas lima tahun. Indonesia berhasil menghemat anggaran dengan menerima donasi vaksin dari berbagai negara, yang hampir mendekati tanggal kadaluarsa, mencapai puluhan juta dosis. Untuk mempercepat proses vaksinasi, sistem distribusi vaksin disederhanakan, mengurangi tahapan dan waktu tunggu, sehingga vaksinasi dapat dilakukan lebih cepat dan efisien. Pelibatan tokoh-tokoh agama dalam vaksinasi membawa dampak positif, menurunkan hoaks terkait vaksin. Setelah pemimpin agama divaksin, hoaks menurun drastis, dengan momen berkesan ketika foto seorang perawat berjilbab memberikan vaksinasi tersebar di media internasional, termasuk di Roma. Vaksinasi ini melibatkan berbagai pemimpin agama, menguatkan pesan bahwa vaksinasi aman dan didukung oleh berbagai komunitas keagamaan.

Proses pengadaan vaksin berlangsung bertahap sesuai kontrak yang ditetapkan. Keterbatasan pasokan memerlukan penyesuaian dalam distribusi dan pelaksanaan vaksinasi, meskipun vaksin datang secara berkelanjutan. Pemerintah Indonesia memilih untuk tidak melakukan *lockdown* demi menjaga stabilitas ekonomi, dengan fokus pada program vaksinasi yang terencana. Vaksinasi dimulai dari daerah aglomerasi seperti DKI Jakarta sebelum meluas ke seluruh negara, memastikan efektivitas program. Perubahan kebijakan diperlukan agar semua institusi dapat menyelenggarakan vaksinasi, tidak hanya fasilitas kesehatan pemerintah. Akses vaksinasi diperluas ke tempat-tempat seperti mal, sekolah, dan rumah ibadah. Sistem pendaftaran awal yang mengharuskan tenaga kesehatan untuk mendaftar dibatalkan, dengan screening dilakukan di lokasi vaksinasi. Pembiayaan vaksinasi juga diatur, dengan pemerintah menanggung sebagian besar biaya dan adanya skema vaksinasi mandiri yang melibatkan swasta, untuk memastikan penanganan kesehatan yang cepat dan efektif.

Dalam konteks ini, Menteri Kesehatan bertugas menerjemahkan arahan Presiden untuk menyusun strategi vaksinasi yang efektif. Langkah-langkah strategis diambil untuk mengorganisasi vaksinasi, termasuk penentuan prioritas penerima, penggerakan di lapangan, dan penganggaran yang tepat, mempercepat pelaksanaan vaksinasi secara keseluruhan. Vaksinasi pertama dimulai pada 13 Januari 2021, dimana Presiden Joko Widodo menjadi orang pertama yang mendapatkan vaksin COVID-19 di Indonesia.[185] Kementerian Kesehatan juga

185 *Kompas*, edisi 14 Januari 2021.

mendesain agar vaksinasi dibagi menjadi beberapa tahap. Tahap 1 diutamakan bagi Sumber Daya Manusia Kesehatan, yang telah dimulai sejak Januari 2021. Tahap 2 ditujukan bagi pelayan publik seperti guru, penyuluh agama, TNI, POLRI, DPR, pedagang pasar, awak media, dan lain-lain, serta bagi kelompok usia diatas 60 tahun. Tahap 3 ditujukan bagi kelompok masyarakat rentan di daerah dengan resiko penularan tinggi. Adapun masyarakat umum lainnya masuk ke dalam target vaksinasi tahap ke-4.[186]

Kementerian Kesehatan juga mengadakan vaksinasi untuk anak-anak usia 6 sampai 11 tahun mulai Desember 2021. Vaksinasi perdana dilakukan di DKI Jakarta, Banten, dan Jawa Barat pada 14 Desember 2021.[187] Setelah itu, vaksinasi untuk anak-anak dilakukan di berbagai wilayah atau provinsi lainnya. Kemudian mulai Desember 2022, bayi berusia 6 bulan mulai menjadi target vaksinasi COVID-19. Saat itu, hanya vaksin Pfizer yang secara medis aman untuk disuntikkan pada bayi usia 6 bulan sampai 4 tahun.[188] Masuknya kelompok anak-anak sebagai target vaksinasi ini memperkuat kebijakan Kementerian Kesehatan terkait demokratisasi vaksin, sehingga masyarakat dari berbagai kalangan dan usia, dapat memperoleh vaksin tersebut. Namun tentu saja, pemberian vaksin tetap memperhatikan kondisi fisik, terutama bagi orang-orang yang memiliki komorbid.

11. Isu-Isu Kesehatan Lainnya

Pandemi COVID-19 juga memaksa pemerintah untuk tetap memperhatikan isu-isu kesehatan lainnya, antara lain dijelaskan di bawah ini.

a. Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Leptospirosis

Kementerian Kesehatan juga berupaya untuk menghadapi penyakit lainnya ditengah pandemi. Antara lain kesiapsiagaan pelayanan kesehatan untuk menangani kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Sejak awal Pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan sebenarnya telah mengingatkan agar masyarakat mewaspadai mewabahnya DBD.[189] Tak lama berselang, kenaikan kasus pun terjadi. Beberapa wilayah menjadi zona merah DBD termasuk Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Total kasus DBD hingga April 2020 mencapai 39.876 kasus, sebuah angka yang cukup tinggi dan menjadi pekerjaan rumah bagi pemerintah

186 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 132.
187 *Tempo*, edisi 18 Desember 2021.
188 *Kompas*, edisi 28 Desember 2022.
189 *Antara News*, edisi 5 Maret 2020.

selama masa pandemi.[190] Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan juga menyebutkan bahwa kasus DBD makin diperparah karena Indonesia pada saat itu memasuki musim pancaroba.[191] Situasi ini pun mendorong Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Gugus Tugas COVID-19 untuk mensosialisasikan pencegahan dan sikap waspada terhadap DBD. Hasilnya, pada bulan yang sama, Juru Bicara Pemerintah untuk Penanganan COVID-19 Achmad Yurianto meminta agar masyarakat waspada dengan DBD.[192]

Kekhawatiran terhadap mewabahnya DBD juga meningkat ketika Kementerian Kesehatan menemukan bahwa kasus DBD yang tinggi identik terjadi di wilayah dengan angka positif COVID-19 yang juga tinggi.[193] Kementerian Kesehatan pun menghimbau agar masyarakat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Namun, penanganan DBD selama periode awal pandemi dapat dikatakan tidak optimal, karena fokus pemerintah maupun masyarakat terpusat pada kasus COVID-19. Pada Juni 2020, Kementerian Kesehatan menyatakan beberapa kendala dalam penanganan DBD ditengah pandemi. Antara lain kegiatan juru pemantau jentik yang tidak bisa optimal karena adanya pembatasan jarak fisik dan adanya bangunan publik yang kosong karena situasi pandemi dan menjadi sarang nyamuk berkembang biak.[194]

Makin tingginya kasus DBD juga seiring dengan peningkatan kasus COVID-19. Gugus Tugas COVID-19 juga menyatakan bahwa seseorang yang terinfeksi COVID-19 lebih rentan terkena DBD.[195] Hal ini membuat pencegahan dan penanganan DBD menjadi sangat penting untuk dilakukan. Untuk mencegah Kejadian Luar Biasa (KLB) Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Leptospirosis, pada November 2020 Kementerian Kesehatan mengeluarkan pengumuman berupa himbauan pada Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian DBD. Kegiatan yang perlu dilakukan antara lain sosialisasi gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk dengan 3M Plus, yakni menguras, menutup tempat penampungan air, dan memanfaatkan/mendaur ulang barang bekas, sekaligus mencegah gigitan nyamuk dengan memasang kasa nyamuk pada ventilasi rumah; sosialisasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); dan memastikan ketersediaan sarana medis untuk pencegahan dan penanganan

190 *Antara News*, edisi 6 April 2020.
191 *Ibid*.
192 *Antara News*, edisi 7 April 2020.
193 *Antara News*, edisi 22 Juni 2020.
194 *Antara News*, edisi 22 Juni 2020.
195 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200703/1534323/orang-positif-COVID-19-berisiko-terinfeksi-dbd/

DBD dan Leptospirosis.[196] Namun demikian, jika terdapat pasien DBD atau Leptospirosis yang harus dirawat, maka pelayanan kesehatan harus tetap menanganinya.

b. Pencegahan dan Penanganan Stunting

Stunting juga menjadi masalah kesehatan yang cukup krusial selama pandemi. Selain Indonesia tengah menghadapi kasus stunting sejak jauh sebelum pandemi, potensi stunting makin meningkat ketika pandemi menyebabkan ambruknya ekonomi keluarga, kehamilan yang tidak diinginkan, hingga menurunnya kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Namun sesuai dengan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021, Kementerian Kesehatan ditetapkan sebagai koordinator dalam upaya pencegahan stunting, yang menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan.[197]

Secara umum, data menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia telah berhasil diturunkan dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 21,5% pada tahun 2023. Meskipun penurunan ini sedikit meleset dari target, laju penurunan 1,8% per tahun dianggap cukup untuk mengakselerasi penurunan stunting di masyarakat. Namun demikian, menurunkan angka stunting di tengah pandemi tentu saja bukan hal yang mudah. Untuk menurunkan angka stunting, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Peraturan Presiden (Perpres) tersebut meletakkan tanggung jawab penanganan stunting pada Kementerian Kesehatan dengan tetap mengedepankan pendekatan kolaborasi lintas sektor dengan berbagai kementerian. Sebagai contoh, Kementerian Sosial berperan dalam memberikan bantuan sosial pada keluarga, yang sangat krusial dalam mencegah kenaikan angka stunting. Perpres tersebut juga memuat strategi nasional untuk pencegahan dan penanganan stunting, diantaranya yakni menyediakan layanan intervensi spesifik dengan memastikan asupan gizi pada ibu hamil, pemberian tablet tambah darah (TTD) pada ibu hamil dan remaja putri, hingga mendorong pemberian ASI Eksklusif pada bayi.[198]

Merujuk pada kebijakan di atas, maka penguatan pelayanan kesehatan - terutama ditingkat primer - menjadi sangat krusial. Beberapa yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan misalnya memastikan peningkatan anggaran BOK. Intervensi terhadap balita dengan masalah gizi dan ibu hamil yang berisiko kekurangan gizi telah dilaksanakan di 506 kabupaten/kota melalui penerimaan

196 Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 119.
197 Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021.
198 *Ibid*.

anggaran BOK. Penggunaan bahan pangan lokal juga diintegrasikan dalam upaya tersebut.

Selain itu, Kementerian Kesehatan juga mendorong peran posyandu dalam konteks ini. Posyandu sebagai pelayanan yang berada ditingkat lokal, dinilai akan efektif untuk mencegah dan menangani stunting. Sayangnya, pelayanan posyandu selama masa pandemi mengalami penurunan yang signifikan. Para ibu tidak memiliki cukup keberanian untuk membawa anak-anaknya ke Posyandu karena khawatir terjadi transmisi COVID-19. Mengatasi situasi ini, Kementerian Kesehatan meminta posyandu di berbagai daerah, terutama di zona hijau, untuk tetap beroperasi dengan menyesuaikan dengan kondisi terkini. Kemudian di zona merah dan kuning, posyandu diperbolehkan untuk memberi pelayanan secara terbatas, khususnya untuk pelayanan esensial seperti vaksin.[199] Selain itu, keterampilan kader posyandu telah ditingkatkan melalui pelatihan yang fokus pada deteksi masalah gizi. Dengan demikian, pencegahan stunting diharapkan dapat dimulai di tingkat posyandu, sehingga tidak lagi hanya bergantung pada puskesmas. Disisi lain, Kementerian Kesehatan juga terus melakukan sosialisasi terkait pencegahan stunting. Sebagai contoh, Kementerian Kesehatan mendorong para ibu menyusui untuk memberikan ASI Eksklusif hingga usia dua tahun.[200]

Namun, penanganan stunting selama pandemi dikritik karena terlalu fokus pada menurunkan angka stunting secara cepat, tanpa menangani akar masalah yang lebih mendalam. Meskipun penurunan angka dapat dilaporkan dengan mudah, hal ini dianggap tidak mencerminkan penyelesaian yang nyata. Fokus pada angka semata lebih menekankan hasil administratif, tanpa benar-benar memperbaiki kondisi stunting secara jangka panjang. Meskipun angka stunting bisa saja dilaporkan turun, kebijakan ini berisiko menjadi sekadar pencapaian administratif tanpa dampak nyata di lapangan. Masalah stunting bukan hanya soal kekurangan gizi, tetapi juga terkait dengan kurangnya edukasi dalam pemberian gizi yang tepat. Pelajaran penting dari situasi ini adalah bahwa meskipun target penurunan angka stunting menjadi ukuran kinerja kepala daerah, pendekatan ini harus disertai dengan tata kelola yang baik agar tujuan sesungguhnya tercapai, yakni perbaikan kondisi kesehatan dan edukasi masyarakat.

E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan

Pada awal tahun 2020, tepatnya sekitar bulan Maret, Indonesia menghadapi tantangan besar terkait ketersediaan obat dalam konteks Pandemi COVID-19.

199 *Antara News*, edisi 30 September 2020.
200 *Antara News*, edisi 10 Agustus 2020.

> *"Bahan bakunya sudah ada di India tapi karena ditutup aksesnya, tidak bisa keluar. Pak Erick Thohir memerintahkan secara khusus Indofarma. Jemput bahan baku itu. Bahan baku datang ke Indonesia, baru bisa diproduksi. Setelah diproduksi yang beli waktu itu Pusat kan, Kemenkes beli nanti kebutuhan datang dari provinsi. Provinsi harus mengkoordinir kebutuhan di wilayah. Baru kita kirim ke provinsi"* (Dra. Engko Sosialine Magdalene, Apt., M.Biomed, Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia Periode 2018-2021)

Sebelum pandemi, proses pengadaan obat biasanya dimulai dengan penyusunan Rencana Kebutuhan Obat[201] (RKO). RKO ini mencakup estimasi kebutuhan obat untuk periode tertentu, dan proses pengadaan dilakukan secara terencana. Pengadaan obat memiliki waktu tunggu (*lead time*) yang bervariasi, biasanya sekitar tiga bulan.[202] Hal ini penting karena setiap obat memiliki tanggal kadaluarsa (*expired date*), sehingga pengadaan harus dilakukan dengan perencanaan yang matang. Pada saat awal pandemi, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memastikan bahwa ketersediaan obat-obatan simptomatik seperti paracetamol untuk demam dan obat batuk masih mencukupi. Selain itu, vitamin dan suplemen juga tersedia dalam stok nasional. Kemenkes berperan sebagai penyedia *buffer stock* nasional, dengan gudang penyimpanan yang tersebar di berbagai tingkat pemerintahan, mulai dari pusat hingga daerah. Ini bertujuan untuk mencegah kekosongan obat (*stock out*) di fasilitas kesehatan.[203] Stok nasional dihitung berdasarkan kebutuhan saat ini dan proyeksi kebutuhan satu tahun ke depan. Dengan cara ini, pemerintah berusaha memastikan bahwa pasokan obat tetap ada meskipun terjadi lonjakan permintaan.

Pengadaan obat pada tahun sebelumnya dilakukan melalui sistem katalog, yang memungkinkan pembelian langsung. Pada awal pandemi, kebutuhan obat simptomatik tidak menjadi masalah. Namun, pada saat itu, buffer stok pusat digunakan untuk dinas provinsi dan dinas kabupaten kota, bukan untuk rumah

201 Rencana Kebutuhan Obat, selanjutnya disingkat RKO adalah perkiraan kebutuhan obat satu tahun berikutnya berdasarkan perhitungan pemakaian rata-rata obat satu tahun dan sisa stok akhir tahun atau metode lainnya.

202 Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian, *Petunjuk Teknis Perencanaan Kebutuhan Obat*, (Jakarta: Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian, Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan, 2023, hlm 8)

203 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024

> *"Kebanyakan bahan baku obat didapatkan dengan cara impor. Indonesia mempunyai masalah tidak mempunyai obat, bahan baku terdapat di luar negeri, semua negara menutup pintu,"* (drg. Arianti Anaya, MKM, Plt Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Tahun 2021)

sakit. Dalam kondisi normal, RS memiliki INA CBGs, yang berarti pembiayaan sudah ada dan RS dapat mengadakan pembelian sendiri. Jika obat diberikan ke RS, maka itu akan masuk dalam hitungan biaya RS dan uang mereka sudah termasuk obat.[204] Pengadaan obat selama pandemi COVID-19 didorong oleh Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) melalui Peraturan Nomor 3 Tahun 2020 mengenai Penjelasan Atas Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa dalam Rangka Penanganan COVID-19.

Sistem yang digunakan bernama COSPLESPI, sebuah platform elektronik yang memungkinkan pengadaan barang/jasa secara online. Dalam implementasi ini, para penyedia obat diharapkan menyelesaikan pekerjaannya terlebih dahulu dan kemudian mengirimkan hasil kerja kepada BNPB. Setelah itu, audit kewajaran harga dilakukan oleh Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). Audit ini bertujuan untuk memastikan bahwa harga yang dibayar negara adalah wajar dan tidak mengandung manipulasi apapun. Namun, karena tidak sempat melakukan negosiasi sebelumnya, audit ini menjadi sangat penting untuk memverifikasi transaksi yang dilakukan. Hasil audit ini ternyata efektif dalam mengurangi potensi manipulasi harga. Penyedia obat yang tadinya dapat melakukan penyelewengan dengan distributor, akhirnya harus menghindarkannya karena adanya audit. Dengan demikian, negara dapat memastikan bahwa uang publik digunakan secara transparan dan efisien[205].

Indonesia menerima bantuan obat COVID-19 dari berbagai negara, termasuk 13 juta butir Avigan dari Turki yang direkomendasikan WHO. Bantuan dari Turki bersifat *win-win solution*[206], dengan sebagian diberikan dan sebagian dibeli oleh

204 Wawancara dengan Dra. Engko Sosialine Magdalene, Apt., M.Biomed, Dirjen Kefarmasi dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2021, pada 20 September 2024.

205 Wawancara dengan Pambudi Suroyo Jati, S.E, Kepala Bagian Monitoring dan Evaluasi BNPB, dalam FGD Penanganan Pandemi COVID-19 pada 23 September 2024.

206 *Win-win solution* adalah kerangka pikir yang berupaya mencapai keuntungan bersama dalam setiap interaksi manusia, di mana semua pihak merasa puas dengan keputusan yang diambil, melihat hidup sebagai arena kerja sama, bukan kompetisi. Istilah ini diperkenalkan oleh Stephen

Indonesia. Kerja sama ini juga melibatkan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) untuk mengawasi penyediaan obat, serta apotek dan dinas kesehatan provinsi untuk distribusi prioritas ke daerah dengan kasus tinggi menggunakan sistem jarak jauh. Obat yang tidak terpakai di daerah tertentu direlokasi untuk efisiensi. Selain Turki, bantuan juga datang dari Bangladesh, Amerika Serikat, Belanda, dan Inggris, mencakup berbagai jenis obat seperti Favipira dan Ninavir, dengan pengawasan ketat dalam distribusi dan dokumentasi[207]. Pada saat darurat, Kemenkes mengirim obat ke Dinas Kesehatan, RS di provinsi berkoordinasi dengan dinkes. Dinkes adalah penguasa wilayah dan tahu petanya faskes di wilayahnya. Kemenkes dapat menyediakan obat dengan cara mendapatkan donasi atau membeli dari luar, bahkan sampai menggunakan pesawat khusus Indo Farma untuk mengambil bahan baku hidroksiklorokuin di India. Bahan baku tersebut sudah ada di India tetapi karena aksesnya tertutup, tidak bisa keluar.

Menteri BUMN Erick Thohir memerintahkan secara khusus Indofarma untuk mengambil bahan baku tersebut. Bahan baku tersebut baru bisa diproduksi setelah tiba di Indonesia. Setelah diproduksi, pusat (Kemenkes) yang membeli obat tersebut, kemudian mengirim kebutuhan yang datang dari provinsi. Provinsi harus mengkoordinir kebutuhan di wilayahnya sebelum kita kirim[208].

Indonesia menghadapi tantangan besar dalam penyediaan bahan baku obat dan alat kesehatan, di mana sekitar 90% dari bahan baku tersebut masih diimpor. Indonesia sangat bergantung pada impor bahan baku obat dan alat kesehatan. Hal ini menjadi masalah serius, terutama ketika negara-negara penghasil bahan baku menutup ekspor mereka atau menahan pengiriman barang. Contohnya, selama Pandemi COVID-19, beberapa negara seperti India menghentikan ekspor vaksin dan bahan baku obat untuk memenuhi kebutuhan domestik mereka. Situasi ini menyebabkan kekurangan pasokan obat dan alat kesehatan di Indonesia, meskipun pembayaran telah dilakukan oleh perusahaan seperti Kimia Farma.[209]

R. Covey dalam bukunya "*Tujuh Kebiasaan Orang-Orang Efektif*", yang menekankan bahwa dalam pendekatan win-lose, setiap individu berusaha mengalahkan orang lain, menjadikan mereka sebagai musuh dan berfokus pada penguasaan kekayaan lawan. baca selengkapnya pada Ayi Sobarna, "Pendekatan Win-win Solution Dalam Mengatasi Terorisme Internasional: Tantangan dan Peluang", *MIMBAR: Jurnal Sosial dan Pembangunan,* Vol. 18 No 4, tahun 2002, hlm 386

207 Wawancara dengan dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI, pada 15 November 2024

208 Wawancara dengan Dra. Engko Sosialine Magdalene, Apt., M.Biomed, Dirjen Kefarmasi dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2018-2021, pada 20 September 2024.

209 "Indonesia to produce 50 percent of medicine raw materials: Minister", *antaranews.com*, edisi 2 Juni 2022, diakses melalui https://en.antaranews.com/news/232217/indonesia-to-produce-50-percent-of-medicine-raw-materials-minister, pada 20 September 2024.



Foto 4.16 : Sebuah Apotek di Bali Memajang Pemberitahuan Kehabisan Stok Masker dan Produk Cairan Antiseptik. Sumber: antaranews.com, edisi 3 Maret 2020

1. Kelangkaan Masker dan APD

Pada awal Pandemi COVID-19, kebutuhan akan perlengkapan kesehatan seperti masker, APD, dan perlengkapan lainnya sangat meningkat secara drastis. Kebutuhan ini dapat dibandingkan dengan "tsunami" karena kebutuhan yang sangat besar dan mendadak. Namun, pada saat itu, sumber daya yang tersedia seperti masker dan APD masih sangat terbatas. Hal ini menyebabkan situasi yang sangat sulit dalam menghadapi pandemi. Dunia mengalami kelangkaan APD, termasuk Indonesia, yang diwarnai oleh kelangkaan masker. Padahal, masker merupakan salah satu alat yang direkomendasikan oleh WHO untuk mencegah penyebaran virus. Awalnya, penggunaan masker diwajibkan hanya bagi mereka yang sakit, namun kemudian kebijakan tersebut diperluas sehingga seluruh masyarakat dianjurkan untuk mengenakannya. Kondisi ini memicu lonjakan permintaan masker yang luar biasa, mengakibatkan barang tersebut menjadi komoditas utama yang sangat dicari.

Di tengah permintaan yang melonjak, ketersediaan masker di pasaran menurun drastis, menyebabkan kenaikan harga yang signifikan. Kekhawatiran masyarakat akan penyebaran virus yang semakin luas mendorong fenomena "*panic buying*", di mana banyak orang memborong masker secara berlebihan untuk mengamankan stok.[210] Tak hanya masker, produk-produk medis lain

210 Rr. Dhea Cinthya Safiradewi, "Melihat COVID-19 dalam Perspektif Ekonomi Politik" dalam buku *Ekonomi Politik Indonesia Ditengah Pandemi Covid-19*, Banyumas: Cakradewa Ilmu, 2020, hlm 2

seperti hand sanitizer, obat-obatan, dan multivitamin juga diburu. Fenomena ini bahkan meluas hingga ke barang-barang kebutuhan sehari-hari, seperti makanan kaleng, mie instan, minuman kemasan, dan popok bayi.

Panic buying ini berdampak pada terjadinya kekosongan stok di berbagai toko ritel dan apotek, dengan masker menjadi barang yang paling cepat habis karena dianggap sebagai perlindungan utama dari virus. Fenomena ini menyoroti ketidakseimbangan antara lonjakan permintaan dan keterbatasan pasokan, yang akhirnya memperparah krisis pasokan barang penting selama pandemi. [211] Dikarenakan permintaan masker medis yang sangat tinggi, pemerintah harus mengalihkan perhatian ke masker kain sebagai alternatif. Ini dilakukan untuk mengurangi tekanan pada stok masker medis yang terbatas dan memastikan bahwa tenaga kesehatan (Nakes) memiliki akses prioritas kepada masker medis yang lebih efektif. Meskipun masker kain tidak seefektif masker medis, penggunaannya dianggap lebih baik daripada tidak menggunakan masker sama sekali. Masker kain dapat membantu mengurangi penyebaran droplet yang mengandung virus, walaupun tidak seefisien masker N95 atau masker bedah.

Untuk mengatasi kebutuhan yang sangat besar ini, pemerintah Indonesia menggandeng UMKM (Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah) untuk mengadakan masker kain. UMKM di Indonesia memiliki kemampuan untuk memproduksi masker kain secara massal dan lebih cepat dibandingkan dengan industri besar. Dengan demikian, pemerintah dapat memenuhi kebutuhan akan masker yang sangat mendadak dan memastikan bahwa masyarakat memiliki perlengkapan kesehatan yang cukup untuk melindungi diri dari virus COVID-19.

Tim Komunikasi Publik Gugus Tugas Nasional Percepatan Penanganan COVID-19 Kementerian Kesehatan memberikan panduan terkait penggunaan masker kain selama pandemi. Masker kain yang direkomendasikan harus memiliki tiga lapisan, yaitu lapisan pertama dari bahan hidrofilik seperti katun, lapisan kedua yang mendukung filtrasi optimal seperti katun atau polyester, dan lapisan ketiga yang bersifat hidrofobik atau anti air, misalnya bahan polypropylene. Masker kain ini bisa dicuci dan digunakan kembali, namun perlu dicuci dan disimpan dengan benar. Masker kain hanya dapat digunakan selama maksimal empat jam dan harus diganti dengan masker yang bersih. Jika masker menjadi basah atau lembab, harus segera diganti. Masyarakat juga disarankan untuk membawa beberapa masker cadangan saat beraktivitas. Penggunaan masker harus benar, menutupi hidung dan mulut dengan rapat. Saat melepaskan masker, disarankan untuk menarik bagian tali masker dan langsung

211 "Masker, Oksigen, Panic Buying, dan Krisis Empati", *djkn.kemenkeu.go.id*, edisi 12 Juli 2021. diakses melalui https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-kisaran/baca-artikel/14053/Masker-Oksigen-Panic-Buying-dan-Krisis-Empati.html, pada 20 September 2024.



Foto 4.17 : Seorang petugas medis mendorong tangki oksigen di tenda darurat ditengah krisis oksigen yang dialami oleh RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Sumber: voaindonesia.com, edisi 4 Juli 2021

menyimpannya ke dalam kantong kertas atau plastik tertutup guna mencegah penyebaran virus ke benda-benda yang ada disekitarnya.[212]

2. Kekurangan Oksigen

Pada masa pandemi COVID-19, Indonesia mengalami kehabisan oksigen yang sangat signifikan. Menurut Sekretaris Jenderal Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (Persi) Lia Gardenia Partakusuma, disebabkan tingginya permintaan oksigen di rumah sakit yang linier dengan peningkatan jumlah pasien COVID-19.[213] Kemudian yang kedua adalah peningkatan yang hampir lima kali lipat tersebut tidak diimbangi dengan kemampuan pengiriman oksigen dari distributor ke rumah sakit, tidak secepat laju permintaan oksigen.

Hal ini menyebabkan pemerintah memanfaatkan oksigen industri untuk memenuhi kebutuhan medis. Oksigen industri digunakan karena ketersediaannya yang lebih banyak dibandingkan dengan oksigen medis, meskipun memiliki efek sampingan yang perlu diwaspadai. Oksigen industri memiliki efek sampingan yang berbahaya, seperti penyebaran jamur hitam atau *black fungus*. Jamur ini dapat berbahaya karena tidak memiliki spesifikasi yang tepat untuk pengobatan manusia dan dapat menyebabkan komplikasi serius. Pada masa itu, Indonesia juga mengalami kekurangan oksigen yang parah sehingga meminta bantuan dari luar negeri. Hal ini terutama terjadi di India,

212 "Begini Aturan Pemakaian Masker Kain yang Benar", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 19 Januari 2021, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200609/5834051/begini-aturan-pemakaian-masker-kain-benar/, pada 23 September 2024.

213 "Covid: Stok oksigen kritis, harga melambung, hingga IGD tutup, mengapa bisa terjadi dan perlukah menyetok oksigen di rumah?", *bbc.com*, edisi 7 Juli 2021, diakses melalui https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-57717843, pada 16 Oktober 2024.



Foto 4.18: Ditengah kelangkaan ventilator, ITB berhasil membuat ventilator berbasis Ambubag Airgency lolos uji fungsi dan Ketahanan dari BPFK Kemenkes RI. Sumber: antaranews.com, edisi 11 Mei 2020

yang juga mengalami kehabisan oksigen dan meminta bantuan dari Eropa untuk mendapatkan oksigen yang diperlukan.[214]

3. Kelangkaan Ventilator

Ventilator dalam upaya penanganan pasien COVID-19 sangat penting, karena COVID-19 adalah penyakit yang menyerang paru-paru yang merupakan organ pernapasan terpenting. Selama Pandemi COVID-19, kelangkaan ventilator menjadi salah satu masalah kritis yang dihadapi oleh banyak negara, termasuk Indonesia. Ventilator adalah alat medis yang sangat penting dalam perawatan pasien COVID-19 yang mengalami kesulitan bernapas, terutama bagi mereka yang menderita sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS). Dengan meningkatnya jumlah kasus COVID-19, kebutuhan akan ventilator meningkat secara signifikan. Banyak pasien yang mengalami komplikasi pernapasan akibat virus ini memerlukan dukungan pernapasan mekanis. Dalam situasi ini, ventilator menjadi alat vital untuk menyelamatkan nyawa pasien. Kelangkaan ventilator menyebabkan persaingan internasional yang ketat. Negara-negara berlomba-lomba untuk mendapatkan pasokan ventilator dari produsen.[215]

Untuk mengatasi kelangkaan ini, pemerintah dan institusi pendidikan di Indonesia berupaya untuk memproduksi ventilator secara lokal. Beberapa

214 Wawancara dengan dr. Siswanto, MHP., DTM, Analis Kebijakan BKPK, Kementerian Kesehatan RI, pada 12 Juni 2024.

215 "Mengenal Ventilator dan Kegunaannya untuk Pasien COVID-19", *cnnindonesia.com*, edisi 27 Maret 2020, diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200327113211-255-487437/mengenal-ventilator-dan-kegunaannya-untuk-pasien-COVID-19, pada 27 September 2024.

universitas seperti Institut Teknologi Bandung (ITB) dan Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) mengembangkan ventilator dengan biaya rendah yang dapat digunakan untuk membantu pasien COVID-19. Contohnya, ITB mengembangkan *Low Cost Multi Use Multi User* (LC MUMU) yang dirancang agar dapat digunakan oleh beberapa pasien sekaligus dan memiliki berbagai fungsi.[216]

Beberapa institusi juga menjalin kerjasama dengan rumah sakit untuk memastikan bahwa ventilator yang diproduksi memenuhi standar medis dan dapat digunakan secara efektif dalam perawatan pasien. Misalnya, ITS bekerja sama dengan Rumah Sakit Universitas Airlangga dan RSUD Dr Soetomo untuk menguji dan memproduksi ventilator baru.[217] Pengembangan ventilator lokal harus memenuhi regulasi dan standar yang ditetapkan oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) serta lembaga terkait lainnya untuk memastikan keamanan dan efektivitas alat tersebut dalam penanganan pasien COVID-19. Kelangkaan ventilator selama Pandemi COVID-19 menjadi tantangan besar bagi sistem kesehatan di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Dengan meningkatnya kebutuhan akan alat bantu pernapasan ini, upaya untuk memproduksi ventilator secara lokal menjadi semakin penting. Inisiatif dari institusi pendidikan dan kerjasama dengan rumah sakit merupakan langkah positif dalam meningkatkan kemandirian Indonesia dalam sektor kesehatan serta memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang diperlukan selama masa krisis ini.

a. Bantuan Ventilator

Pada masa pandemi COVID-19, Indonesia menerima bantuan signifikan dari Organisasi Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDP), Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), dan Organisasi Internasional untuk Migrasi (IOM). Bantuan ini berupa 33 unit ventilator yang disalurkan untuk mendukung Indonesia dalam menangani lonjakan kasus COVID-19.WHO akan menyumbangkan 27 unit ventilator melalui kemitraan dengan Pemerintah Jepang, sedangkan IOM dan UNDP masing-masing menyumbangkan 3 unit ventilator. Pengiriman pertama ventilator mencakup dua unit dari WHO, dua unit dari IOM, dan satu unit dari UNDP. Semua ventilator akan diserahkan kepada Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB).[218]

216 "ITB Kembangkan Alat Multi User Ventilator", *itb.ac.id*, edisi 20 Mei 2024, diakses melalui https://itb.ac.id/berita/itb-kembangkan-alat-multi-user-ventilator/57471, pada 27 September 2024.

217 "ITS Ciptakan Ventilator Murah Bantu Penanganan Pasien COVID-19", *its.ac.id*, edisi 7 April 2020, diakses melalui https://www.its.ac.id/news/2020/04/07/its-ciptakan-ventilator-murah-bantu-penanganan-pasien-COVID-19/, pada 27 September 2024.

218 "UNDP, WHO dan IOM salurkan 33 ventilator untuk Indonesia", *antaranews.com*, edisi 1 Juni 2020, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/1528160/undp-who-dan-iom-salurkan-33-ventilator-untuk-indonesia, pada 28 September 2024.

b. Bea Cukai dan Proses Impor Bantuan Kemanusiaan

Bea Cukai Indonesia memberikan fasilitas pembebasan bea masuk dan pelayanan segera (*rush handling*) untuk memperlancar proses impor bantuan kemanusiaan tersebut. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa bantuan dapat tiba di Indonesia dengan cepat dan efektif, sehingga dapat langsung digunakan dalam menangani kebutuhan medis yang mendesak.

4. Vaksin COVID-19

Permenkes RI Nomor 84 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 84 Tahun 2020 ditetapkan pada tanggal 9 November 2020 sebagai pedoman pelaksanaan vaksinasi dalam rangka penanggulangan pandemi COVID-19. Peraturan ini bertujuan untuk mengatur dan memastikan bahwa vaksinasi dilakukan secara efektif, aman, dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Permenkes No. 84 Tahun 2020 bertujuan untuk memastikan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 berjalan efektif guna mencapai *herd immunity* dan mengendalikan penyebaran virus. Ruang lingkupnya mencakup semua aspek vaksinasi, mulai dari persiapan hingga pengawasan di seluruh Indonesia. Vaksin yang digunakan harus memiliki izin edar dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) serta memenuhi standar keamanan dan efektivitas. Pelaksanaan vaksinasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan bersertifikat, dengan prosedur yang meliputi sosialisasi kepada masyarakat, pengaturan lokasi dan jadwal, serta pemantauan pasca-vaksinasi.

Pengawasan dan evaluasi juga menjadi fokus penting dalam regulasi ini, di mana Kementerian Kesehatan dan instansi terkait diharapkan melakukan evaluasi berkala untuk memastikan program vaksinasi mencapai target yang ditetapkan. Dengan adanya Permenkes ini, diharapkan pelaksanaan vaksinasi dapat dilakukan secara terstruktur, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program vaksinasi. Namun, tantangan seperti penolakan masyarakat terhadap vaksin terkait isu kehalalan dan keamanan perlu diatasi melalui upaya edukasi dan sosialisasi yang efektif.

Permenkes RI Nomor 84 Tahun 2020 merupakan regulasi penting dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di Indonesia. Dengan menerapkan prosedur yang jelas dan mengatur berbagai aspek terkait vaksin, peraturan ini bertujuan untuk memastikan bahwa program vaksinasi dapat berjalan dengan baik, aman, dan efektif dalam menanggulangi pandemi COVID-19. Implementasinya



Foto 4.19: Kedatangan vaksin Astrazeneca melalui Covax Facility di Bandara Internasional Soekarno Hatta. Sumber: presidenri.go.id, edisi 8 Maret 2021

sangat bergantung pada kerjasama antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat.[219]

Indonesia menghadapi tantangan besar dalam mendapatkan vaksin COVID-19, terutama di awal pandemi. Ketika negara-negara lain menutup pintu ekspor atau menahan pengiriman vaksin, Indonesia terpaksa mencari vaksin dari berbagai sumber, baik melalui donasi maupun pembelian. Misalnya, Indonesia menerima vaksin dari berbagai negara seperti Sinovac dari China, AstraZeneca dari Inggris, dan Novavax dari Amerika Serikat. Namun, meskipun nama vaksinnya sama, ada perbedaan dalam formulasi dan cara produksi yang dapat mempengaruhi efektivitasnya. Setiap vaksin yang masuk ke Indonesia harus mendapatkan izin dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Proses ini termasuk evaluasi keamanan, khasiat, dan mutu vaksin berdasarkan data hasil uji klinik. Setelah mendapatkan izin darurat (Emergency Use Authorization/EUA), vaksin kemudian didistribusikan ke fasilitas kesehatan melalui Instalasi Farmasi Pemerintah (IFP). BPOM senantiasa melakukan koordinasi dan kerja sama dengan seluruh pemangku kepentingan untuk menyukseskan program vaksinasi COVID-19 sesuai tugas dan fungsinya.[220]

5. Pengadaan Vaksin COVID-19

Indonesia pada masa pandemi COVID-19 telah aktif berpartisipasi dalam upaya global untuk mendapatkan vaksin. Indonesia merupakan anggota WHO dan

219 Permenkes Nomor 84 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.

220 "Pengawalan Distribusi Vaksin, Kesuksesan Program Vaksinasi", *pom.go.id*, edisi 29 Januari 2021, diakses melalui https://www.pom.go.id/berita/pengawalan-distribusi-vaksin-kesuksesan-program-vaksinasi, pada 29 September 2024.

dihargai karena menggunakan berbagai skema dalam produksi vaksin. Meskipun hasil produksi vaksin dalam negeri tidak segera tersedia, Indonesia berusaha untuk memproduksi vaksin secara mandiri, yang menunjukkan komitmennya terhadap kemandirian kesehatan.

Oleh karena itu, WHO mempersiapkan program dalam penanggulangan COVID-19 melalui inisiatif Covax. Covax merupakan program bersama untuk mendukung akses kepada penanggulangan COVID-19 melalui kolaborasi mempercepat penelitian, produksi, dan akses yang setara atas vaksin COVID-19. Program Covax ini tidak hanya dikelola oleh WHO, tetapi juga dari GAVI (Aliansi Vaksin) dan Koalisi Inovasi Kesiapsiagaan Epidemi (CEPI) dengan estimasi Investasi mencapai 38 miliar US Dollar.

Indonesia juga mendapatkan akses ke program Covax yang dipimpin oleh WHO. Covax bertujuan untuk memastikan bahwa negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, mendapatkan akses yang adil terhadap vaksin COVID-19. Program ini sangat penting karena jatah vaksin dari WHO hanya mencakup sekitar 20% dari total populasi Indonesia, sehingga negara perlu mencari sumber tambahan untuk memenuhi kebutuhan vaksinasinya. Selain melalui Covax, Indonesia melakukan negosiasi bilateral langsung dengan negara-negara produsen vaksin COVID-19.[221] Hal ini memungkinkan Indonesia untuk mendapatkan berbagai jenis vaksin dari beberapa produsen internasional, sehingga menjadikannya salah satu negara di Asia Tenggara dengan penggunaan jenis vaksin COVID-19 terbanyak, yaitu sebanyak lima jenis. Vaksin-vaksin yang diperoleh melalui program Covax dan hasil negosiasi tersebut kemudian dikemas oleh perusahaan farmasi lokal seperti Indofarma. Program Covax yang dibiayai oleh WHO dirancang untuk menyediakan vaksin bagi negara-negara berkembang yang belum memiliki kapasitas produksi sendiri. Dengan demikian, program ini berperan penting dalam mendukung upaya global untuk mengatasi pandemi COVID-19.

6. Pendistribusian Vaksin COVID-19

Merujuk pada Permenkes Nomor 10 Tahun 2021, yang mengatur pelaksanaan vaksinasi COVID-19 sebagai upaya penanggulangan pandemi, terdapat beberapa poin penting terkait pendistribusian vaksin. Pertama, pendistribusian vaksin harus dilakukan sesuai dengan standar distribusi obat yang baik, sebagaimana diatur dalam Pasal 15 ayat (1) dan (2). Hal ini mencakup penggunaan peralatan pendukung dan logistik yang memenuhi standar kualitas. Selanjutnya,

221 diakses melalui https://www.kemkes.go.id/id/indonesia-amankan-penyediaan-vaksin-hingga-20-dari-populasi-melalui-kerjasama-multilateral-dengan-covax-facility



Foto 4.20: Proses pendistribusian vaksin COVID-19 dari Bio Farma ke 34 Provinsi di Indonesia. Sumber: biofarma.co.id, edisi 31 Juli 2021

tanggung jawab pendistribusian vaksin diatur dalam Pasal 17 ayat (1) hingga (5), dimana Pemerintah Pusat bertanggung jawab atas distribusi ke tingkat provinsi, sementara Pemerintah Daerah, baik provinsi maupun kabupaten/kota, bertanggung jawab untuk mendistribusikan vaksin ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam hal relokasi vaksin, Pasal 17 ayat (7) dan (8) memberikan wewenang kepada Menteri Kesehatan untuk melakukan relokasi vaksin dari satu daerah ke daerah lain jika terjadi kekurangan atau kekosongan stok. Contoh konkret dari relokasi ini terlihat di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), di mana Pemda DIY melaksanakan dua tahapan distribusi.[222] Pada tahap pertama, termin satu mendistribusikan 9.728 dosis ke gudang farmasi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan 12.342 dosis ke Dinas Kesehatan Sleman. Tahap kedua akan mendistribusikan sisa 4.700 dosis vaksin ke kabupaten lain sesuai instruksi pemerintah pusat.

Selain itu, program Vaksinasi Gotong Royong juga diatur dalam Pasal 19 ayat (1) dan (2), yang menetapkan PT Bio Farma sebagai pihak yang bertugas mendistribusikan vaksin COVID-19 untuk program tersebut, dengan kemungkinan bekerja sama dengan pihak ketiga. Dalam tahap awal, pemerintah Indonesia berencana mendistribusikan 1 juta dosis vaksin COVID-19, dimulai dari pemerintah pusat hingga ke daerah. Kantor Kesehatan Pelabuhan turut dilibatkan untuk memperkuat pengawasan dan pengamanan pelaksanaan

222 "Pemda DIY Mulai Distribusikan Vaksin COVID-19 Besok, Ini Rincian untuk Kota Yogya dan Sleman", *jogja.tribunews.com*, edisi 12 Januari 2021, diakses melalui https://jogja.tribunnews.com/2021/01/12/pemda-diy-mulai-distribusikan-vaksin-COVID-19-besok-ini-rincian-untuk-kota-yogya-dan-sleman, pada 30 September 2024.



Foto 4.21 : Petugas kepolisian mengawal distribusi vaksin COVID-19 saat akan diberangkatkan dari Banda Aceh ke seluruh wilayah Provinsi NAD pada 1 Februari 2021. Sumber: tempo.co, edisi 1 Februari 2021

imunisasi COVID-19, terutama bagi tenaga kesehatan.[223]

Untuk tahap berikutnya, distribusi vaksin akan dilakukan melalui sistem distribusi imunisasi rutin. Penyediaan vaksin dan logistik seperti Auto Disable Syringe dan Safety Box akan dilakukan oleh pusat, kemudian didistribusikan dari gudang Dinas Kesehatan Provinsi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan selanjutnya ke Puskesmas sesuai kapasitas lemari es penyimpan vaksin di setiap tingkat layanan. Untuk memperluas layanan, Puskesmas dapat bekerja sama dengan fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit pemerintah, swasta, dan klinik. Kementerian Kesehatan juga telah menyiapkan 23.145 vaksinator dari Puskesmas dengan rasio pelayanan 1:20, yang dapat ditingkatkan menjadi 1:40 melalui perluasan jejaring dan penambahan sesi pelayanan.

Dalam penanganan vaksinasi COVID-19, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin mengusulkan pembagian stok vaksin sesuai proporsi yang dibutuhkan. Ia meminta agar ada cadangan stok vaksin mulai dari 20% hingga 30%, dan mendistribusikan stok dari pusat ke daerah yang membutuhkan. Dalam proses ini, daerah-daerah yang lebih cepat dalam pelaksanaan vaksinasi akan mendapatkan dukungan lebih. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah belajar dari pengalaman dan berusaha untuk meningkatkan manajemen distribusi vaksin.[224]

Menteri Kesehatan juga menekankan pentingnya melibatkan sektor swasta

223 "Tahap Awal Distribusi Vaksin COVID-19 Sebanyak 1 Juta Dosis, Begini Alurnya", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 19 Januari 2021, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201117/0035726/tahap-awal-distribusi-vaksin-COVID-19-sebanyak-1-juta-dosis-begini-alurnya/, pada 30 September 2024.

224 diakses melalui https://www.liputan6.com/health/read/4997383/menkes-budi-ungkap-alasan-ri-sukses-vaksinasi-covid-19-ke-205-juta-orang?page=3

dalam distribusi vaksin. Banyak perusahaan swasta memiliki sumber daya dan fasilitas penyimpanan yang dapat digunakan untuk memperlancar proses distribusi. Namun, terdapat kelemahan dalam sistem distribusi yang ada, di mana tanggung jawab pengiriman vaksin sering kali terbatas pada tingkat provinsi, sehingga membuat distribusi ke puskesmas di tingkat kabupaten menjadi kurang efisien. Pendistribusian vaksin COVID-19 di Indonesia sempat menghadapi berbagai kendala, termasuk tertahannya stok vaksin di tingkat provinsi sebelum dapat didistribusikan ke kabupaten dan kota. Hal ini terjadi karena beberapa faktor, seperti keterbatasan kapasitas penyimpanan di beberapa daerah dan pengelolaan stok yang belum optimal. Menteri Kesehatan sempat mengimbau agar pemerintah daerah tidak menahan stok vaksin, melainkan segera mendistribusikan dan menyuntikkan vaksin sesuai dengan dosis yang telah diterima. Beberapa daerah sempat hanya menyuntikkan setengah dari stok vaksin yang mereka terima karena kekhawatiran akan kekurangan stok untuk dosis kedua. Menkes menegaskan bahwa pemerintah pusat akan menjamin ketersediaan vaksin secara berkelanjutan dan meminta agar daerah tidak menahan stok terlalu lama.[225]

Selain itu, juga terdapat laporan yang menyatakan bahwa keterlambatan distribusi vaksin lebih disebabkan oleh proses administrasi seperti pengemasan ulang dan pemberian nomor seri pada vaksin yang baru tiba di Indonesia. Proses ini telah menyebabkan vaksin tertahan di provinsi selama beberapa hari hingga seminggu sebelum dapat didistribusikan lebih lanjut kepada daerah tingkat kabupaten/kota.[226]

Untuk meningkatkan transparansi dan mempermudah pengawasan, Kementerian Kesehatan meluncurkan platform daring yang memungkinkan masyarakat dan pihak berwenang dapat melakukan pemantauan secara langsung terhadap stok vaksin di masing-masing daerah, dari tingkat nasional hingga kabupaten/kota melalui website *vaksin.kemkes.go.id*. Saat vaksin tiba di Indonesia, pengawalan dilakukan oleh polisi hingga ke gudang penyimpanan seperti Bio Farma. Namun, pengawalan ini menjadi kurang efisien dan berdampak pada biaya operasional, karena daerah juga harus membayar biaya transportasi. Kelemahan dalam kontrak distribusi awal membuat pengiriman vaksin tidak sampai ke puskesmas secara langsung, yang seharusnya menjadi prioritas dalam

225 "Menkes Budi Minta Pemerintah Daerah Tidak Simpan Stok Vaksin", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 24 Agustus 2021, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210824/2538336/menkes-budi-minta-pemerintah-daerah-tidak-simpan-stok-vaksin/, pada 30 September 2024.

226 "116,4 Juta Dosis Vaksin COVID-19 telah Didistribusikan ke Daerah", *kemkes.go.id*, edisi 24 Agustus 2021, diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/%201164-juta-dosis-vaksin-COVID-19-telah-didistribusikan-ke-daerah, pada 30 September 2024.

> *"Pandemi itu tidak bisa disamakan perlakuannya dengan pengawasan seperti umumnya. Jadi kami tidak mengawasi sampai ke wilayah yang terpencil-terpencil itu. Tapi kami punya sistem yang kami bisa kawal. Jadi kebetulan temen temen program punya sistem informasi terhadap stok vaksin. Namanya Smile yang dibangun oleh UNDP"* (drg. Murti Utami, MPH, QGIA, CGAE. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan, 2019).

situasi pandemi.

7. Penggunaan Aplikasi SMILE

Aplikasi SMILE (Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik Elektronik) diluncurkan pada tahun 2018 oleh Kementerian Kesehatan Indonesia dengan dukungan dari *United Nations Development Programme* (UNDP). Aplikasi berbasis teknologi ini dirancang untuk memantau logistik vaksin, termasuk distribusi dan pelaporan terkini. Saat Pandemi COVID-19, SMILE memainkan peran penting dalam mendukung distribusi vaksin ke seluruh wilayah Indonesia, memungkinkan pemantauan logistik dari pusat hingga ke puskesmas dan rumah sakit, serta memastikan ketersediaan vaksin dapat diakses dengan cepat.

SMILE menyediakan informasi terkini mengenai ketersediaan vaksin, suhu penyimpanan, dan lokasi distribusi, memungkinkan petugas kesehatan untuk melacak vaksin secara real-time. Dengan demikian, pengelolaan stok dan distribusi menjadi lebih efisien. Aplikasi ini juga berfungsi sebagai sarana koordinasi antara dinas kesehatan provinsi dengan fasilitas kesehatan setempat, memfasilitasi komunikasi terkait kebutuhan vaksin di berbagai wilayah. Selain untuk vaksin COVID-19, SMILE juga digunakan dalam pemantauan imunisasi rutin anak, sehingga petugas kesehatan dapat mencatat dan melaporkan data vaksinasi dengan mudah, termasuk mengidentifikasi populasi yang belum divaksinasi.

Selama pandemi, lebih dari 10.000 petugas kesehatan dilatih untuk menggunakan aplikasi SMILE, memastikan operasional yang optimal di berbagai tingkatan layanan kesehatan, dari puskesmas hingga rumah sakit. Penggunaan SMILE telah berkontribusi signifikan pada peningkatan tingkat vaksinasi COVID-19 di banyak daerah, termasuk di Ambon, yang mencapai tingkat cakupan vaksinasi 80% berkat pemantauan distribusi dan penyediaan vaksin yang lebih

> *"beberapa inovasi-inovasi kebijakan yang dilakukan termasuk kita juga yang mengembangkan, sistem informasi yang kita sebut SMILE, untuk mendistribusikan vaksin dalam jumlah yang banyak dalam waktu yang cepat ke seluruh wilayah Indonesia, bahkan sampai ke daerah-daerah DTPK yang mungkin membutuhkan naik pesawat, helikopter, naik perahu, dan sebagainya. Dengan SMILE itu kita dapat memonitor distribusinya sampai ke titik-titik pemberian vaksin itu"* (Dr. Dra. Lucia Rizka Andalusia Apt., M.Pharm., MARS. Dirjen Farmalkes Tahun 2021).

baik.[227]

Aplikasi SMILE telah menjadi alat penting dalam pengelolaan distribusi vaksin di Indonesia selama pandemi COVID-19. Dengan kemampuannya untuk memantau logistik secara *real-time* dan meningkatkan efisiensi distribusi, SMILE berkontribusi pada keberhasilan program vaksinasi nasional dan memastikan aksesibilitas vaksin bagi masyarakat.

8. Isu Vaksin COVID-19 dan Respon Masyarakat

Pada masa pandemi COVID-19, penyebaran informasi yang tidak tepat sering memicu kepanikan di masyarakat. Banyak yang mempersiapkan diri secara berlebihan, bahkan berlawanan dengan himbauan resmi bahwa obat COVID-19 yang beredar tidak dirancang untuk menyembuhkan virus tersebut. Ketakutan ini juga mendorong masyarakat beralih ke pengobatan tradisional, seperti jamu yang dipercaya dapat meningkatkan daya tahan tubuh, meskipun tidak mampu menyembuhkan COVID-19. Untuk mengatasi situasi ini, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan BNPB dan berbagai lembaga negara lainnya untuk mengelola respons pandemi, termasuk dalam memberikan informasi yang akurat dan menangani dampak kepanikan publik.[228]

Kondisi masyarakat yang banyak menerima berita informasi dari berbagai media ini memunculkan pertanyaan mengenai kejelasan dan validitas informasi

227 "Aplikasi SMILE dari UNDP Bantu Tenaga Kesehatan Mempercepat Distribusi Vaksin di Ambon", *indonesia.un.org*, edisi 27 Januari 2022, diakses melalui: https://indonesia.un.org/id/170105-aplikasi-smile-dari-undp-bantu-tenaga-kesehatan-mempercepat-distribusi-vaksin-di-ambon, pada 1 Oktober 2024.

228 Wawancara dengan dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI, pada 15 November 2024

yang disampaikan. Banyak berita yang menyesatkan berpotensi menyebabkan misinformasi dan disinformasi. Kementerian Komunikasi dan Informatika melaporkan bahwa terdapat 1.401 konten *hoax* tentang Covid-19 pada Mei 2020. Hal ini dapat memperburuk kesehatan mental masyarakat serta menciptakan stigma dan rasa tidak aman.[229]

Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mengatasi keresahan masyarakat akan berita yang simpang-siur, dengan menyediakan informasi kesehatan yang jelas dan dapat mudah dipahami. Ini penting untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap protokol kesehatan dan vaksinasi yang telah disusun oleh Pemerintah sendiri. Selain itu, terdapat informasi mengenai pengobatan tradisional yang diklaim dapat mencegah Covid-19. Namun, klaim tersebut tidak sepenuhnya akurat, karena obat-obatan tradisional ini hanya berfungsi untuk memperkuat sistem imun tubuh, sehingga dapat mengurangi risiko berbagai penyakit. Meskipun demikian, tidak ada jaminan bahwa penggunaan obat-obatan tersebut dapat mencegah infeksi Covid-19, mengingat penelitian terkait hal ini masih terus dilakukan oleh para ilmuwan. Peneliti di seluruh dunia sedang fokus pada pengembangan vaksin yang efektif untuk menangani wabah Covid-19.[230]

Di tengah upaya penanganan pandemi COVID-19, munculnya kasus vaksin palsu di Indonesia menjadi tantangan serius yang mengancam kesehatan masyarakat. Kasus ini tidak hanya memperlambat proses vaksinasi tetapi juga menimbulkan kekhawatiran terkait keamanan dan efektivitas vaksin yang diterima oleh masyarakat. Sebagai contohnya yang terjadi di Bekasi pada tahun 2021, dimana terdapat sebaran informasi yang tidak akurat mengenai vaksin palsu, namun hal tersebut merupakan misinformasi. Pemerintah Kota Bekasi mengklarifikasi bahwa video viral tentang vaksin palsu yang beredar di media sosial sebenarnya merupakan tayangan dari Kompas TV pada tahun 2016, bukan terkait dengan vaksinasi COVID-19. Video berdurasi 2 menit 6 detik tersebut menyoroti kasus vaksin palsu untuk anak yang terjadi di beberapa rumah sakit di Bekasi.[231]

Tidak hanya itu, terdapat misinformasi terkait jenis vaksin yang dipalsukan.

229 diakses melalui https://unair.ac.id/kejelasan-informasi-covid-19-di-indonesia-apakah-paparan-media-penting/

230 Syarifuddin Akbar, "Media Komunikasi dalam Mendukung Penyebarluasan Informasi Penanggulangan Pandemi COVID-19", *Majalah Semi Ilmiah Populer Komunikasi Massa*, Vol. 2 No. 1, Juni 2022, hlm 74

231 "[DISINFORMASI] Video Viral Vaksin Palsu di Bekasi Dikaitkan Vaksinasi Covid -19", *megapolitan.kompas.com*, edisi 21 Agustus 2021, diakses melalui https://megapolitan.kompas.com/read/2021/07/21/09511941/disinformasi-video-viral-vaksin-palsu-di-bekasi-dikaitkan-vaksinasi-covid?page=2 diakses pada 1 Oktober 2024.

Dalam pemberitaannya, WHO dilaporkan menemukan vaksin palsu jenis AstraZeneca dan COVISHIELD di Indonesia yang diduga diimpor dari India. Namun, WHO kemudian mengonfirmasi bahwa negara-negara yang terdeteksi memiliki produk palsu vaksin COVID-19 jenis COVISHIELD (vaksin ChAdOx1) adalah Uganda dan India.[232] Produk-produk tersebut dinyatakan palsu oleh WHO karena sengaja memberikan informasi yang salah terkait identitas, komposisi, atau asal usul produk.

Upaya penanganan kasus vaksin palsu yang beredar di tengah pandemi COVID-19 telah mendorong pemerintah untuk mengambil berbagai langkah serius guna melindungi kesehatan masyarakat. Kasus vaksin palsu terungkap pada 27 Agustus 2021, ketika pelaku berinisial JR menggunakan akun Facebook "Jojo" untuk menawarkan sertifikat vaksin palsu tanpa penyuntikan vaksin, hanya dengan meminta data KTP melalui P-care.[233] Kemudian Kasus kedua terjadi pada 6 September 2021, melibatkan pelaku menggunakan akses ilegal untuk menerbitkan sertifikat palsu dengan biaya Rp300.000,00 per sertifikat. Direktur Reserse Kriminal Khusus Polda Jawa Barat, Kombes Pol Arif Rahman, menyatakan bahwa para pelaku akan menghadapi sanksi hukum berat dengan ancaman penjara antara 4 hingga 12 tahun.[234] Lebih lanjut, pemerintah menghimbau masyarakat untuk menjaga data pribadi di aplikasi PeduliLindungi agar terhindar dari penyalahgunaan. Langkah ini menunjukkan keseriusan pemerintah dalam menangani vaksin dan sertifikat palsu demi menjaga kepercayaan publik terhadap program vaksinasi nasional.

Selain *hoax* mengenai vaksin palsu, sebaran informasi yang tidak akurat mengenai efek samping vaksin turut berkontribusi terhadap penolakan vaksinasi. Banyak masyarakat yang terpengaruh oleh berita-berita negatif di media sosial, sehingga mereka merasa takut untuk divaksinasi. Hal ini diperburuk dengan cuitan di internet, dimana sejak Maret 2020 hingga Februari 2021 terdapat lebih dari 18.400 cuitan di Twitter yang memuat istilah "Tolak Vaksin" atau "Anti

232 "Misinformasi! WHO temukan vaksin COVID-19 palsu di Indonesia", *antaranews.com*, edisi 18 Agustus 2021, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/2336238/misinformasi-who-temukan-vaksin-COVID-19-palsu-di-indonesia, pada 25 Oktober 2024.

233 "Kementerian Kesehatan Apresiasi Penangkapan Pelaku Jasa Pembuatan Sertifikat Vaksin COVID-19 Ilegal", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 14 September 2021, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210914/1838480/kementerian-kesehatan-apresiasi-penangkapan-pelaku-jasa-pembuatan-sertifikat-vaksin-COVID-19-ilegal/, pada 25 Oktober 2024.

234 "Kementerian Kesehatan Apresiasi Penangkapan Pelaku Jasa Pembuatan Sertifikat Vaksin COVID-19 Ilegal", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 14 September 2021, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210914/1838480/kementerian-kesehatan-apresiasi-penangkapan-pelaku-jasa-pembuatan-sertifikat-vaksin-COVID-19-ilegal/, pada 25 Oktober 2024.

Vaksin".[235] Bersamaan dengan cuitan-cuitan tersebut, tercatat pula lebih dari 1.000 cuitan yang mengajukan bantahan terhadap penolakan vaksin COVID-19, khususnya vaksin Sinovac. Dampak dari informasi yang salah ini tampak jelas di berbagai daerah di Indonesia, seperti yang terjadi di Kota Padang. Survei menunjukkan bahwa sekitar 11,2% masyarakat di Kota Padang menolak untuk divaksin, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan persentase nasional yang hanya 5,2%.[236] Hal ini mengindikasikan bahwa daerah-daerah tertentu lebih rentan terpengaruh oleh hoaks dan informasi negatif, terutama ketika persebaran informasi melalui media sosial menjadi semakin masif.

Ada berbagai upaya untuk menangkal hoaks dengan meningkatkan literasi media dan pemanfaatan jejaring sosial. Ketua Mastel, Kristiono, menekankan pentingnya literasi untuk membantu publik menghadapi hoaks melalui *swasensor*—pengguna harus selektif membedakan informasi yang benar dan salah.[237] Ia menekankan bahwa warganet perlu memiliki filter agar tidak mudah percaya pada berita di media sosial. Kemudian, Pengguna internet dapat melaporkan *hoax* melalui fitur yang disediakan di platform media sosial masing-masing. Facebook memiliki 'Report Status' untuk konten seperti ujaran kebencian, sedangkan Google menyediakan fitur 'Feedback' untuk melaporkan situs dengan informasi menyesatkan. Twitter dan Instagram juga memiliki fitur 'Report' untuk melaporkan unggahan negatif. Selain itu, pengaduan konten negatif juga bisa diajukan ke Kementerian Komunikasi dan Informasi melalui email.[238]

Meskipun demikian, selama pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di Indonesia, terdapat isu kehalalan vaksin yang menjadi salah satu perhatian utama masyarakat, terutama di kalangan umat Islam. Hal ini menyebabkan pemerintah, melalui Majelis Ulama Indonesia (MUI), untuk mengeluarkan fatwa mengenai status halal vaksin yang digunakan. Pada tanggal 8 Januari 2021, MUI mengeluarkan fatwa yang menyatakan bahwa vaksin COVID-19 produksi Sinovac adalah halal dan suci. Penetapan ini diambil setelah MUI melakukan audit dan evaluasi mendalam terhadap bahan-bahan yang digunakan dalam produksi vaksin tersebut. Fatwa ini bertujuan untuk memberikan kepastian kepada

235 "Membaca Persepsi Masyarakat terhadap Vaksin COVID-19", *ugm.ac.id*, edisi 24 Maret 2021, diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/20906-peneliti-cfds-medsos-bentuk-persepsi-masyarakat-terhadap-vaksin/, pada 25 Oktober 2024.

236 Rahmadhona Fitri Helmi, "Strategi Komunikasi Pemerintah Kota Padang Dalam Meminimalisir Infodemic Vaksinasi COVID-19" dalam *Jurnal Komunikasi dan Penyiaran Islam*, Volume 12 Nomor 2, Desember 2021, hlm. 166.

237 Annisa Pebiansyah, dan Anna Yuliana, "Analisis Berita Hoax Vaksin COVID-19 : *Literature Review*" dalam *Jurnal Universitas Bakti Tunas Husada*, Volume 2 Nomor 1, 2022, hlm. 27.

238 Annisa Pebiansyah, dan Anna Yuliana, *Ibid*, hlm. 28.



Gambar 4.2: Flyer informasi dari Sekretaris Kabinet RI tentang kesucian dan kehalalan vaksin COVID-19. Sumber: IG Sekretariat Kabinet RI, edisi 16 Januari 2021

masyarakat mengenai status kehalalan vaksin yang akan digunakan dalam program vaksinasi.[239] Disisi lain, jenis vaksin Astrazeneca sempat dinyatakan haram oleh MUI dikarenakan mengandung tripsin babi pada saat pembiakan untuk memisahkan sel inang dan media tersebut.[240] Walaupun begitu, pada akhirnya MUI mengumumkan bahwa vaksin Astrazeneca boleh digunakan (mubah)[241] dikarenakan dalam situasi darurat, para ahli menegaskan risiko serius jika vaksinasi COVID-19 tidak segera dilakukan. Ketersediaan vaksin halal juga belum mencukupi untuk mencapai kekebalan kelompok. Meski pemerintah menjamin keamanan, keterbatasan pasokan membuat pilihan jenis vaksin terbatas.[242]

Meskipun telah ada fatwa halal dari MUI, masih terdapat keraguan di kalangan sebagian masyarakat mengenai kehalalan vaksin. Contohnya, di Padang, isu kehalalan ini menyebabkan beberapa orang menolak untuk

239 "MUI tetapkan fatwa Sinovac, Wamenag: bentuk ketaatan regulasi", *antaranews.com*, edisi 11 Januari 2021, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/1939952/mui-tetapkan-fatwa-sinovac-wamenag-bentuk-ketaatan-regulasi, pada 2 Oktober 2024.
240 Annisa Pebiansyah, dan Anna Yuliana, *op.cit*, hlm. 24.
241 MUI menyatakan Vaksin Astrazeneca dengan hukum mubah, sesuai dengan fatwa MUI Nomor 14 Tahun 2021 dengan beberapa ketentuan.
242 Annisa Pebiansyah, dan Anna Yuliana, *op.cit*.

divaksinasi meskipun pemerintah telah menjamin keamanan dan kehalalan vaksin tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ada regulasi dan fatwa yang jelas, faktor kepercayaan masyarakat tetap berperan penting dalam tingkat penerimaan vaksin.[243] Untuk mengatasi keraguan masyarakat, penting bagi pemerintah dan pihak terkait untuk melakukan edukasi dan sosialisasi mengenai kehalalan dan keamanan vaksin. Ini termasuk menjelaskan proses sertifikasi halal yang dilakukan oleh MUI serta hasil uji klinis yang dilakukan oleh BPOM.[244]

Dalam penanganan kesehatan darurat, penting untuk memperhatikan dua aspek utama: komunikasi yang jujur dan kepentingan domestik. Rantai produksi seringkali tidak mempertimbangkan kebutuhan masyarakat dalam situasi krisis, seperti saat pandemi. Meskipun Singapura telah menghimbau penggunaan masker dan menyatakan kondisi darurat kesehatan, Indonesia masih mengekspor masker meskipun persediaannya terbatas. Selain itu, kepentingan dalam negeri sering diabaikan karena fokus pada ekspor, termasuk dalam produksi vaksin polio. Ketika terjadi outbreak, izin harus diminta untuk memproduksi lebih banyak vaksin yang sebelumnya dialokasikan untuk ekspor. Tanpa persiapan yang memadai, penanganan kesehatan dalam negeri dapat menjadi kacau, menegaskan pentingnya kolaborasi antara komunikasi yang efektif dan perhatian terhadap kebutuhan domestik.

9. Vaksin Merah Putih

Pengembangan Vaksin Merah Putih didasari oleh kebutuhan mendesak untuk menciptakan vaksin yang spesifik untuk populasi Indonesia. Pada prinsipnya, vaksinasi diperlukan untuk memperkuat daya tahan individu terhadap infeksi, termasuk COVID-19. Salah satu alasan utama mengapa Indonesia harus memiliki vaksin sendiri adalah karena hasil studi dan analisis sekuensing virus COVID-19 di Indonesia menunjukkan bahwa varian virus yang beredar di negara ini memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan varian yang ditemukan di luar negeri.[245]

Pengembangan vaksin ini, tidak luput dari inisiatif Kementerian Riset dan Teknologi (Kemenristek) serta Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Tujuan utama dari pengembangan ini adalah untuk mempercepat penanganan pandemi dan mencapai kemandirian dalam penyediaan vaksin, sehingga Indonesia tidak

243 Rahmadhona Fitri Helmi, *op.cit*., hlm. 172.
244 "MUI Tetapkan Vaksin COVID-19 Produksi Sinovac Halal dan Suci", *setkab.go.id*, edisi 8 Januari 2021, diakses melalui: https://setkab.go.id/mui-tetapkan-vaksin-COVID-19-produksi-sinovac-halal-dan-suci/, pada 2 Oktober 2024.
245 diakses melalui https://www.pom.go.id/berita/kawal-vaksin-merah-putih-demi-kemandirian-produksi-dalam-negeri

bergantung pada vaksin impor. Presiden Joko Widodo menekankan pentingnya kemandirian vaksin dalam menghadapi krisis kesehatan dan ekonomi, serta telah membentuk Tim Nasional Percepatan Pengembangan Vaksin COVID-19.[246]

Saat ini, Vaksin Merah Putih masih dalam tahap penelitian laboratorium. Kepala Badan POM RI, Penny K. Lukito, menjelaskan bahwa kandidat vaksin perlu disesuaikan sebelum dapat diproduksi secara industri. Proses hilirisasi mencakup transfer teknologi dan pengujian untuk menghasilkan produk vaksin yang siap diuji klinis. Pengembangan ini melibatkan kerjasama antara pemerintah, perguruan tinggi, dan industri sebagai bagian dari sinergi triple helix untuk mengatasi pandemi COVID-19.[247]

Melalui proses sekuensing DNA atau RNA virus, ditemukan bahwa virus COVID-19 di Indonesia mengalami adaptasi sesuai dengan lingkungan tempat virus tersebut menyebar. Adaptasi ini menyebabkan perubahan pada struktur protein virus, yang berimplikasi pada efektivitas vaksin. Artinya, vaksin yang digunakan harus disesuaikan dengan varian virus yang spesifik di Indonesia agar dapat memberikan perlindungan yang optimal. Oleh karena itu, Indonesia berupaya keras untuk mengembangkan vaksin Merah Putih melalui kolaborasi antara berbagai institusi. Penelitian dilakukan untuk memahami variasi virus di berbagai wilayah Indonesia, mulai dari Yogyakarta, Surabaya, hingga Indonesia bagian timur dan tengah. Setiap wilayah memiliki karakteristik virus yang berbeda, dan informasi ini digunakan untuk mengembangkan vaksin yang dapat melindungi seluruh populasi Indonesia.

Produksi vaksin dalam negeri, seperti vaksin Merah Putih, harus mendapatkan rekomendasi dan lulus uji standar WHO agar dapat diprioritaskan untuk pembelian oleh negara. Namun, vaksin Merah Putih tidak memenuhi standar WHO sehingga Kementerian Kesehatan memutuskan untuk tidak membelinya. Penggunaannya terbatas hanya untuk uji coba pada sekitar 5.000 orang dan dinilai belum cukup efektif untuk mendukung program vaksinasi nasional[248]. Vaksin Merah Putih menjadi simbol penting dari upaya kemandirian Indonesia dalam bidang bioteknologi dan kesehatan, sekaligus memastikan bahwa vaksin yang dikembangkan benar-benar efektif untuk varian virus yang ada di dalam negeri. Vaksin merah putih ini menunjukkan usaha dan komitmen Indonesia untuk menghasilkan solusi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lokal, dan mendukung ketahanan kesehatan Nasional.

246 *Ibid*.
247 *Ibid*.
248 Wawancara dengan dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI, pada 15 November 2024



Foto 4.22: Bantuan dari Pemerintah Turki tiba di Bandara Soekarno-Hatta, pada 8 Agustus 2021. Sumber: https://www.aa.com.tr/id

10. Obat-Obatan

Pada awal pandemi COVID-19, obat-obatan antivirus yang sebelumnya digunakan untuk penyakit lain dialihkan untuk membantu pengobatan. Contohnya, Tamiflu[249] dari program ISPA serta obat HIV seperti Tenofovir, Lamivudin, dan Dolutegravir mulai dipakai karena efektivitasnya terhadap virus. Penggunaan ini terjadi sebelum pemerintah memiliki anggaran besar untuk membeli obat-obatan khusus COVID-19 seperti Remdesivir[250], Avigan, Vitamin D, dan Becom-Zink yang banyak dibeli untuk mendukung pengobatan COVID-19. Pada masa itu, di bawah kepemimpinan Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto, upaya tersebut menjadi solusi sementara untuk memastikan ketersediaan pengobatan dalam menghadapi lonjakan kasus COVID-19[251].

Kerjasama internasional dalam penanganan pandemi COVID-19 telah menjadi sangat penting, mengingat dampak luas yang ditimbulkan oleh krisis kesehatan global ini. Berbagai negara di seluruh dunia saling memberikan bantuan, baik dalam bentuk pengiriman vaksin, alat kesehatan, maupun dukungan teknis,

249 Tamiflu (Oseltamivir), obat antivirus ini diproduksi oleh Roche Inc, dianggap sebagai antivirus utama untuk influenza, bukan khusus untuk flu burung yang belum ada obatnya. Tamiflu bekerja dengan menyerang virus influenza dan menghentikan penyebarannya dalam tubuh, dan direkomendasikan untuk pasien berusia 1 tahun ke atas yang mengalami gejala flu selama dua hari. Pada saat awal pandemi, ia digunakan sebagai solusi sementara, baca selengkapnya pada https://news.detik.com/berita/d-445725/tamiflu-obat-antivirus-nomor-1-untuk-penyembuhan-flu dan https://tirto.id/apakah-tamiflu-efektif-untuk-obati-pasien-corona-covid-19

250 Remdesivir merupakan obat antivirus yang awalnya dikembangkan untuk mengatasi infeksi virus Ebola. Penelitian menunjukkan bahwa remdesivir sangat efektif dalam melawan virus corona baru di dalam sel yang terisolasi. baca selengkapnya di https://tirto.id/apakah-tamiflu-efektif-untuk-obati-pasien-corona-covid-19-eKEc

251 Wawancara dengan dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI, pada 15 November 2024



Foto 4.23: Kepala Badan POM RI, Penny K. Lukito menerima audiensi dari Penasihat Senior Menteri Kesehatan Turki, Prof. Dr. Teyfik Demir pada 24 Juni 2022. Sumber: Biro Kerja Sama dan Hubungan Masyarakat, Badan POM

untuk memperkuat kapasitas sistem kesehatan masing-masing. Kerjasama ini menjadi sangat penting, dengan cara berbagai negara saling memberikan bantuan untuk mengatasi krisis kesehatan global. Beberapa negara, termasuk Turki, Belanda, Bangladesh, dan Amerika Serikat, telah memberikan kontribusi signifikan dalam bentuk obat-obatan dan alat kesehatan.

Pemerintah Turki telah menyumbangkan peralatan medis dan obat-obatan untuk penanganan COVID-19 di Indonesia. Pada 8 Agustus 2021, Kementerian Luar Negeri Indonesia mengumumkan bahwa bantuan yang tiba di Bandara Soekarno-Hatta terdiri dari 50 set ventilator dan 600.000 kotak obat-obatan dengan nilai lebih dari Rp100 miliar. Penyerahan dilakukan oleh Charge d'affaires Kedutaan Besar Turki untuk Indonesia, Burak Ali Karacan, kepada wakil Kementerian Kesehatan RI, disaksikan oleh perwakilan Kementerian Luar Negeri. Alat kesehatan dan obat-obatan ini akan disalurkan ke berbagai fasilitas kesehatan yang membutuhkan di Indonesia. Kementerian Luar Negeri menyatakan bahwa dukungan ini mencerminkan hubungan persahabatan dan kerja sama bilateral yang semakin kuat antara Indonesia dan Turki, yang merayakan 71 tahun hubungan diplomatik pada tahun 2021.[252]

Kementerian Kesehatan Indonesia mengapresiasi dukungan dari Turki, yang juga mencakup kerja sama dalam pengembangan vaksin dan pertukaran informasi terkait penanganan COVID-19. Pada 24 Juni 2022, Kepala Badan POM RI, Penny K. Lukito, menerima audiensi dari Penasihat Senior Menteri Kesehatan Turki, Prof. Dr. Teyfik Demir. Pertemuan ini membahas tentang permintaan Pemerintah Turki agar Pemerintah Indonesia memberikan izin

252 diakses melalui https://www.aa.com.tr/id/nasional/turki-sumbang-peralatan-medis-dan-obat-bagi-penanganan-covid-19-di-indonesia/2328605 dan https://www.antaranews.com/berita/2315670/bantuan-penanganan-covid-19-dari-turki-tiba-di-indonesia



Gambar 4.24:
Penyerahan bantuan obat-obatan COVID-19 dari Bangladesh untuk Indonesia di Bandara Soekarno-Hatta.
Sumber: Antaranews.com, edisi 7 Agustus 2021

penggunaan darurat (*Emergency Use Authorization,* EUA) untuk vaksin Turkovac, sebuah vaksin domestik Turki. Indonesia menyambut dengan senang, ketika mendengar Turki sukses produksi vaksin Turkovac dan siap memberikan dukungan untuk memastikan penyediaan vaksin tersebut. Indonesia dan Turki telah melakukan kolaborasi bilateral dalam penanganan COVID-19. Sebelumnya, Turki telah membantu Indonesia dengan memberikan hasil uji klinis Sinovac yang dibutuhkan untuk mendapatkan EUA Sinovac di Indonesia. Kerjasama juga dilakukan dalam pengakuan sertifikat vaksin dan integrasi aplikasi pemantauan status kesehatan Turki dengan aplikasi Peduli Lindungi di Indonesia. Teyfik Demir menyatakan bahwa upaya kolaborasi ini bertujuan untuk kebaikan bersama dan Turki siap membagikan apa pun yang dibutuhkan dalam pengembangan vaksin COVID-19, seperti transfer teknologi atau data, demi mengakhiri pandemi COVID-19.[253]

Tidak hanya dari Turki, dalam penanganan COVID-19 Indonesia juga mendapatkan bantuan dari Bangladesh yang menyediakan Remdesivir injeksi.[254] Indonesia telah menerima bantuan obat-obatan untuk penanganan COVID-19 dari pemerintah Bangladesh. Bantuan ini termasuk obat-obatan seperti D-Gain 40.000, Favipira 200, Imuzin 20, Simple-3, dan Ninavir 100 Injection, yang ditransfer melalui seremonial penyerahan di Bandara Soekarno-Hatta pada tanggal 7 Agustus 2021. Duta Besar Bangladesh untuk Indonesia, Mohammad Mostafizur

253 diakses melalui https://www.pom.go.id/berita/upaya-kolaboratif-indonesia-dengan-turki-tuntaskan-pandemi-covid-19

254 Wawancara dengan dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI, pada 15 November 2024

Rahman, menyerahkan bantuan tersebut kepada Dr. Wiendra Waworuntu, Direktur Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dari Kementerian Kesehatan RI. Penyerahan ini disaksikan oleh Jatmiko Heru Prasetyo, Direktur Asia Tengah dan Selatan Kementerian Luar Negeri RI. Harapannya dari bantuan ini, kedua negara ini bisa cepat mengatasi pandemi COVID-19 serta meningkatkan hubungan bilateral antara Indonesia dan Bangladesh.[255]

Selain itu, Pemerintah Indonesia juga menerima hibah sebanyak 20.102 vial remdesivir dari Kerajaan Belanda untuk mendukung penanganan Covid-19. Pengiriman obat ini dilakukan dalam dua tahap, yaitu pada 31 Juli 2021 dengan 11.520 paket dan pada 2 Agustus 2021 dengan 8.582 paket, masing-masing paket berisi satu botol 100 mg remdesivir. Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Muhadjir Effendy, mengucapkan terima kasih kepada pemerintah Belanda atas dukungan ini dan mengapresiasi Kementerian Luar Negeri dalam upaya kerjasama internasional untuk pengadaan obat dan vaksin. Muhadjir Effendy menekankan pada pentingnya kolaborasi dalam penanganan pandemi dan meminta Kementerian Kesehatan untuk segera mendistribusikan remdesivir ini sesuai dengan kebutuhan di lapangan, serta memperkuat data kebutuhan obat.[256]

Sebelumnya, Indonesia juga telah menerima 3,5 juta dosis vaksin Moderna dari Amerika Serikat melalui COVAX Facility dan 620.000 dosis vaksin AstraZeneca hasil kerjasama bilateral dengan Inggris.[257] Wakil Menteri Kesehatan Dante Saksono Harbuwono menghadiri peringatan keberhasilan kerjasama program bantuan COVID-19 dan menutup kemitraan penanggulangan pandemi antara Pemerintah Amerika Serikat dan Indonesia di Perpustakaan Nasional Jakarta pada 31 Maret 2023. Wamenkes, menyatakan bahwa Indonesia telah berhasil menangani pandemi COVID-19, yang diakui oleh beberapa negara dan WHO, dengan kasus harian yang terkendali dan total kasus aktif sekitar 5.000 pada akhir Maret 2023.[258]

Keberhasilan ini dicapai melalui empat pilar utama: testing, pengobatan, vaksinasi, dan protokol kesehatan. Selain itu, kerjasama multisektor, termasuk dukungan dari USAID, berkontribusi signifikan dalam penanganan pandemi. Selama periode 2020-2023, Amerika Serikat memberikan bantuan sekitar

255 diakses melalui https://kumparan.com/kumparannews/bangladesh-kirim-bantuan-obat-penanganan-covid-19-ke-indonesia-1wHrXUWPndS dan https://www.antaranews.com/berita/2315226/indonesia-terima-bantuan-obat-obatan-covid-19-dari-bangladesh

256 diakses melalui https://www.kemenkopmk.go.id/pemerintah-terima-hibah-20102-vial-remdesivir-dari-pemerintah-kerajaan-belanda

257 *Ibid*.

258 diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230331/2742706/indonesia-amerika-serikat-akhiri-kemitraan-program-bantuan-covid-19/

$65 juta untuk mendukung berbagai aspek penanganan COVID-19, termasuk penguatan fasilitas kesehatan dan akses vaksinasi. Wamenkes, berharap dengan adanya kemitraan ini dapat berlanjut untuk menangani isu kesehatan lainnya di masa depan. Michael Kleine, *Deputy Chief of Mission* Kedutaan Besar AS, juga mengapresiasi keberhasilan Indonesia dan menyerahkan penghargaan atas respons penanganan pandemi kepada pemerintah Indonesia.[259]

Selain vaksin, obat-obatan untuk pengobatan COVID-19 juga terbatas. Pemerintah mencari cara untuk mendapatkan donasi obat-obatan dan membuat paket-paket obat yang dapat langsung dikirim kepada pasien untuk mengurangi kepanikan dan penumpukan pasien di rumah sakit. Kerjasama dengan vendor-vendor obat menjadi penting dalam mendistribusikan obat secara efisien. Kementerian Kesehatan menjalin kemitraan dengan 11 platform *telemedicine* untuk menyediakan obat-obatan dan vitamin bagi pasien COVID-19. Setelah pasien melakukan konsultasi dan menerima resep, paket obat tersebut akan diberikan secara gratis. Terdapat dua jenis paket obat yang disediakan, yakni paket A dan paket B, yang disalurkan melalui vendor PT Kimia Farma[260].

a. Paket Obat untuk Pasien Isolasi Mandiri

Pemerintah Indonesia telah mengambil langkah signifikan dengan menyediakan paket obat gratis bagi pasien COVID-19 yang menjalani isolasi mandiri sebagai upaya untuk mengatasi pandemi. Terdapat tiga jenis paket obat yang disediakan:[261]

1). Paket A: Diberikan bagi mereka yang terkonfirmasi positif tetapi tidak mengalami gejala COVID-19 atau orang tanpa gejala (OTG). Paket A berisi berbagai multivitamin dosis sehari 1 kali, yang diberikan dengan jumlah 10 dosis. Daftar multivitamin paket A, meliputi:
   - Vitamin C
   - Vitamin D
   - Vitamin E
   - Zinc

2). Paket B: Obat paket B, diberikan bagi mereka yang terkonfirmasi positif COVID-19 dan mengalami gejala ringan. Berikut daftar obat Paket B bagi pasien COVID-19:

259 *Ibid*.

260 Wawancara dengan drg. Arianti Anaya, MKM, Plt Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2021, pada 3 Oktober 2024.

261 "Jenis Obat yang Diberikan Gratis Saat Isolasi Mandiri", *indonesiabaik.id*, 2021, diakses melalui: https://indonesiabaik.id/infografis/jenis-obat-yang-diberikan-gratis-saat-isolasi-mandiri, pada 3 Oktober 2024.

- Multivitamin (C, D, E, dan zinc) dengan dosis 1x1 sejumlah 10
- Azitromisin 500 mg dengan dosis 1x1 sejumlah 5
- Oseltamivir 75 mg dengan dosis 2x1 sejumlah 14
- Paracetamol tab 500mg sejumlah 10, dikonsumsi hanya jika diperlukan.

3). Paket C: Paket gratis terakhir yang disediakan oleh Pemerintah ini mencakup obat-obatan dan vitamin, dan penggunaannya harus disertai dengan konsultasi serta resep dari dokter. Yang membedakan, bantuan ini ditujukan khusus untuk pasien isolasi mandiri yang terkonfirmasi positif melalui tes PCR dan mengalami gejala demam serta batuk kering.

Sebelum menerima paket obat, pasien diwajibkan berkonsultasi dengan dokter melalui layanan telemedicine, di mana resep obat akan diberikan secara digital dan dapat ditebus di apotek yang bekerja sama. Proses pemberian obat melibatkan pengumpulan data pasien dari puskesmas atau desa/kelurahan mengenai warga yang terkonfirmasi positif COVID-19, dan paket obat akan diantar langsung ke rumah pasien oleh layanan pengiriman, memastikan aksesibilitas bagi mereka yang sedang isolasi. Inisiatif ini bertujuan untuk meringankan beban masyarakat yang terdampak pandemi, terutama bagi mereka yang tidak memiliki akses ke perawatan kesehatan yang memadai, serta mendukung pasien dalam menjalani isolasi mandiri dengan lebih baik, sehingga dapat mengurangi risiko penularan di masyarakat. Langkah ini merupakan bagian dari strategi pemerintah dalam menangani COVID-19 secara komprehensif, termasuk pelaksanaan vaksinasi dan distribusi bantuan sosial lainnya.[262]

b. Penggunaan FARMAPLUS

Farmaplus adalah sistem yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk memudahkan akses informasi obat-obatan dan terintegrasi dengan apotek-apotek di seluruh Indonesia.[263] Tujuannya adalah membantu masyarakat mengetahui ketersediaan dan harga obat, serta

262 "Luncurkan 300 Ribu Paket Obat Isoman Gratis, Presiden Minta dilakukan Pengawasan Ketat" diakses melalui https://setkab.go.id/luncurkan-300-ribu-paket-obat-isoman-gratis-presiden-minta-dilakukan-pengawasan-ketat/ pada 3 Oktober 2024.; "Kemenkes Sediakan Layanan Telekonsultasi dan Paket Obat Gratis Bagi Pasien Isoman Terkonfirmasi Omicron" diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220124/2039210/kemenkes-sediakan-layanan-telekonsultasi-dan-paket-obat-gratis-bagi-pasien-isoman-terkonfirmasi-omicron/ pada 3 Oktober 2024.; "Jenis Obat yang Diberikan Gratis Saat Isolasi Mandiri", indonesiabaik.id, 2021, diakses melalui: https://indonesiabaik.id/infografis/jenis-obat-yang-diberikan-gratis-saat-isolasi-mandiri, pada 3 Oktober 2024.

263 Wawancara dengan Dr. Dra. Lucia Rizka Andalusia Apt., M.Pharm., MARS., Dirjen Farmalkes Kementerian Kesehatan RI, ,pada 4 Oktober 2024.

memantau distribusi vaksin COVID-19 secara *real-time*.

Farmaplus merupakan inovasi signifikan dalam bidang kesehatan nasional yang meningkatkan transparansi dan efisiensi dalam distribusi obat-obatan. Dengan fitur pencarian real-time, masyarakat dapat dengan mudah mengetahui ketersediaan obat di daerah mereka. Hal ini berkontribusi pada peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas.[264]

c. Isu Penggunaan Obat Ivermectin dan Respons Masyarakat

Penggunaan Ivermectin selama Pandemi COVID-19 memicu kontroversi besar, termasuk di Indonesia. Awalnya, ivermectin, obat antiparasit, dipromosikan oleh beberapa kelompok sebagai pengobatan potensial untuk COVID-19, meskipun bukti ilmiah yang mendukungnya masih terbatas. Studi dan uji klinis awal tidak menunjukkan hasil yang konklusif tentang efektivitasnya dalam mengobati atau mencegah COVID-19, namun penggunaannya meningkat tajam akibat penyebaran informasi yang salah, dukungan dari media sosial, dan ketidakpercayaan publik terhadap vaksin serta otoritas kesehatan.[265]

Di Indonesia, seperti di banyak negara lainnya, sejumlah individu dan penyedia layanan kesehatan menggunakan ivermectin sebagai alternatif vaksin atau sebagai bagian dari protokol pengobatan, meskipun ada peringatan dari organisasi kesehatan dunia seperti WHO dan FDA Amerika Serikat. Penyebaran informasi yang salah memperparah kebingungan dan merusak kepercayaan masyarakat terhadap perawatan COVID-19 yang sudah terbukti dan vaksin yang tersedia.[266]

Pelajaran penting bagi pemerintah adalah perlunya komunikasi yang jelas, berbasis bukti, dan respons yang terpadu terhadap krisis kesehatan masyarakat. Penyebaran misinformasi selama pandemi menunjukkan betapa pentingnya transparansi, penyebaran bukti ilmiah yang tepat waktu, serta peran otoritas yang dipercaya dalam membimbing keputusan kesehatan publik. Pemerintah juga harus meningkatkan kapasitasnya untuk melawan misinformasi kesehatan, memperkuat pengawasan, dan menegakkan regulasi yang tepat untuk penggunaan obat.[267] Selain itu, ini juga menyoroti pentingnya inisiatif

264 "Semakin Transparan, Masyarakat Bisa Langsung Cek Stok dan Harga Obat Lewat Farmaplus 2.0", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 5 Desember 2023, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20231205/2244374/semakin-transparan-masyarakat-bisa-langsung-cek-stok-dan-harga-obat-lewat-farmaplus-2-0/, pada 4 Oktober 2024.

265 baca selengkapnya pada https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-57911551 ; https://www.pom.go.id/penjelasan-publik/penjelasan-badan-pom-ri-tentang-informasi-penggunaan-obat-ivermectin ; https://antikorupsi.org/id/article/polemik-ivermectin-berburu-rente-di-tengah-krisis

266 Roy H. Perlis, dkk., "Misinformation, Trust, and Use of Ivermectin and Hydroxychloroquine for COVID-19", *Jurnal JAMA Health Forum* ,Vol. 4, No. 9, (2023): hlm. 4-5.

267 Milena Soriano Marcolino, dkk, "Systematic review and meta-analysis of ivermectin for treatment

pendidikan publik yang lebih kuat, yang dapat memberdayakan individu untuk mengevaluasi informasi kesehatan secara kritis dan memahami pentingnya mematuhi pengobatan yang sudah divalidasi secara ilmiah.[268]

11. Ganja Medis

Pada masa COVID-19 selain isu obat-obatan, muncul juga isu tentang polemik legalisasi ganja untuk tujuan medis. Menurut artikel dari BBC News Indonesia 28 Juni 2022 berjudul *"Ganja medis: Perjuangan Santi Warastuti demi mencari pengobatan untuk anaknya"* menceritakan tentang perjuangan Santi Warastuti, seorang ibu yang ingin menggunakan minyak CBD (Cannabidiol) untuk mengobati anaknya yang menderita cerebral palsy.[269] Santi Warastuti menjadi simbol perjuangan untuk melegalisasi ganja medis di Indonesia. Dia meminta dukungan umum agar pemerintah mempertimbangkan legalisasi ganja medis untuk keperluan medis. Foto Santi Warastuti memegang papan bertuliskan *"Tolong, anakku butuh ganja medis"* saat car-free day di Bundaran HI, Jakarta Pusat, membuat foto tersebut viral. [270]

Aktivitasnya ini menunjukkan betapa besarnya harapannya untuk mendapat pengobatan yang efektif bagi anaknya. Putri Santi, bernama Pika, menderita cerebral palsy, sebuah kondisi neurologis yang menyebabkan gangguan motorik dan fungsi otak. Minyak CBD diyakininya dapat membantu mengobati gejala cerebral palsy. Isu legalisasi ganja medis masih hangat di Indonesia. Beberapa organisasi dan individu mulai mengadvokasi penggunaan ganja medis sebagai alternatif pengobatan, termasuk lingkaran aktivis seperti Lingkar Ganja Nusantara (LGN).[271]

Bersama dengan orang tua pasien lainnya dan LSM, Santi mengajukan uji materi terhadap UU Narkotika di Mahkamah Konstitusi sejak 2020, agar penggunaan ganja medis diizinkan untuk penelitian dan terapi. Kasus gugatan orang tua anak penyandang cerebral palsy muncul ketika mereka meminta legalisasi penggunaan ganja medis sebagai alternatif pengobatan. Latar belakang gugatan ini berakar dari tantangan yang dihadapi oleh orang tua dalam mencari terapi yang efektif untuk anak-anak mereka, yang sering kali mengalami keterbatasan dalam pengobatan konvensional. Banyak orang tua melaporkan

---

of COVID-19: evidence beyond the hype" dari *Jurnal BMC Infectious Diseases* Vol. 22, No. 639, (2022): hlm. 22.

268 "AMA, APhA, ASHP statement on ending use of ivermectin to treat COVID-19", *ama-assn.org*, edisi 1 September 2021, diakses melalui https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/ama-apha-ashp-statement-ending-use-ivermectin-treat-COVID-19, pada 4 Oktober 2024.

269 "Ganja medis: Perjuangan Santi Warastuti demi mencari pengobatan untuk anaknya" *BBC News Indonesia*, edisi 28 Juni 2022, diakses melalui https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-61956811

270 *Ibid*.

271 *Ibid*.

bahwa anak-anak mereka tidak mendapatkan perawatan yang memadai dan mengalami kesulitan dalam menjalani kehidupan sehari-hari akibat kondisi tersebut.[272]

Gugatan ini mencerminkan harapan orang tua untuk mendapatkan akses terhadap pengobatan yang lebih baik dan efektif, serta menyoroti kurangnya dukungan dari sistem kesehatan dalam menyediakan terapi yang diperlukan. Dengan legalisasi ganja medis, diharapkan dapat memberikan pilihan baru bagi orang tua dan anak-anak dengan cerebral palsy untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Kasus ini juga menimbulkan diskusi lebih luas mengenai kebijakan kesehatan dan perlunya penelitian lebih lanjut tentang manfaat ganja medis bagi kondisi seperti cerebral palsy, serta tantangan hukum yang mungkin dihadapi dalam proses legalisasi.

Isu legalisasi ganja medis di Indonesia terus menjadi perdebatan yang hangat, dengan berbagai pandangan dari akademisi, hukum, dan masyarakat. Putusan Mahkamah Konstitusi (MK) pada Juli 2022, MK menolak uji materi Undang-Undang Narkotika yang mengusulkan legalisasi ganja untuk keperluan medis. MK berpendapat bahwa ganja termasuk dalam narkotika golongan 1 yang memiliki dampak serius dan harus diatur dengan ketat.[273] Meskipun menolak legalisasi, MK memerintahkan pemerintah untuk melakukan penelitian terkait pemanfaatan ganja medis, dengan harapan bahwa hasil penelitian dapat menjadi dasar untuk kebijakan di masa depan.[274]

Menurut pandangan akademisi mengenai isu ini, Prof. Apt. Zullies Ikawati (seorang pakar Pakar Farmakologi dan Farmasi Klinik UGM) menyatakan bahwa meskipun ada potensi manfaat dari senyawa seperti cannabidiol (CBD), legalisasi ganja sebagai tanaman tidak perlu dilakukan. Ia menekankan bahwa CBD bisa digunakan sebagai alternatif pengobatan, tetapi bukan sebagai obat utama.[275] Pandangan lain tentang advokasi dan penelitian tentang adanya isu ini. Permohonan penelitian oleh LSM, beberapa kelompok masyarakat sipil,

272 *Ibid*.

273 "Ganja medis: Perjuangan Santi Warastuti demi mencari pengobatan untuk anaknya" *BBC News Indonesia*, edisi 28 Juni 2022, diakses melalui https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-61956811 ; "Banyak Negara Sudah Legalkan Ganja Medis, Saatnya Indonesia mengubah Aturan", https://theconversation.com/, edisi 14 Maret 2024, diakses melalui: https://theconversation.com/banyak-negara-sudah-legalkan-ganja-medis-saatnya-indonesia-mengubah-aturan-224163; "Meski ditolak MK, pemohon uji materi UU Narkotika segera mulai penelitian ganja untuk keperluan medis", bbc.com, edisi 20 Juli 2022, diakses melalui: https://www.bbc.com/indonesia/articles/c19m3k9wvmvo

274 "Meski ditolak MK, pemohon uji materi UU Narkotika segera mulai penelitian ganja untuk keperluan medis", *bbc.com*, edisi 20 Juli 2022, diakses melalui: https://www.bbc.com/indonesia/articles/c19m3k9wvmvo

275 "Guru Besar UGM Sebut Ganja Tidak Perlu Dilegalisasi Meski Untuk Keperluan Medis", *ugm.ac.id*, edisi 6 Juli 2022, diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/22676-guru-besar-ugm-sebut-ganja-tidak-perlu-dilegalisasi-meski-untuk-keperluan-medis-p/

seperti *Institute for Criminal Justice Reform* (ICJR), mendesak pemerintah untuk segera memulai penelitian tentang penggunaan ganja untuk medis. Mereka mengklaim bahwa penelitian ini dapat diselesaikan dalam waktu dua tahun.[276] Dengan kata lain isu legalisasi ganja medis di Indonesia masih dalam tahap perdebatan dan penelitian. Meskipun ada penolakan dari lembaga hukum dan beberapa akademisi, dorongan untuk mengeksplorasi potensi medis ganja terus berlanjut. Hal ini mencerminkan kebutuhan akan pendekatan yang lebih terbuka dan berbasis bukti dalam kebijakan kesehatan publik di Indonesia.

12. PCR (*Polymerase Chain Reaction*)

Pada awal penanganan COVID-19, metode deteksi virus yang digunakan adalah real-time *reverse transcription polymerase chain reaction* (rT-PCR). Metode ini memerlukan komponen penting yang disebut primer, yaitu rangkaian pendek DNA atau RNA yang berfungsi sebagai pengenal spesifik untuk amplifikasi materi genetik. Primer ini biasanya memiliki panjang sekitar 20 hingga 30 basa, di mana setiap basa terdiri dari pasangan adenine (A) dan timin (T), serta guanine (G) dan sitosin (C). Namun, pada fase awal pandemi, Indonesia mengalami kesulitan dalam memproduksi primer tersebut. Hanya ada tiga negara yang mampu menyediakan alat dan reagen yang diperlukan untuk melakukan uji PCR, yaitu Amerika Serikat, Jerman, dan China. Situasi ini membuat pihak berwenang di Indonesia kebingungan dalam menentukan jenis primer mana yang harus digunakan karena setiap negara memiliki target gen yang berbeda-beda.

Pada awal pandemi, pengadaan reagen PCR menemui kendala karena setiap mesin memerlukan reagen spesifik, sehingga tidak semua reagen dapat langsung digunakan. Pada saat itu, strategi pengadaan lebih difokuskan pada upaya memastikan barang tersedia, mengingat tingginya permintaan dan keterbatasan pasokan reagen di berbagai negara, termasuk Malaysia sebagai negara tetangga. Namun, situasi ini sempat menimbulkan polemik di media karena beberapa mesin dinyatakan tidak terpakai akibat ketidaksesuaian antara alat dan reagen yang disediakan. Setelah ditelusuri, permasalahan ini disebabkan oleh spesifikasi teknis tertentu, seperti perbedaan perlakuan RNA pada masing-masing alat. Untungnya, isu kerugian negara terkait pengadaan ini akhirnya terbukti tidak benar, karena pemenuhan ketersediaan reagen menjadi prioritas utama dalam kondisi mendesak tersebut[277].

276 Banyak Negara Sudah Legalkan Ganja Medis, Saatnya Indonesia mengubah Aturan", *theconversation.com*, edisi 14 Maret 2024, diakses melalui: https://theconversation.com/banyak-negara-sudah-legalkan-ganja-medis-saatnya-indonesia-mengubah-aturan-224163

277 Wawancara dengan Pambudi Suroyo Jati, S.E., Kepala Bagian Monitoring dan Evaluasi BNPB dalam FGD Penanganan Pandemi COVID-19 pada 23 September 2024.



Foto 4.25: Seorang petugas medis sedang melakukan uji usap PCR untuk COVID-19 di rumah sakit milik BUMN di Medan. Sumber: antaranews.com, edisi 12 Juni 2020

Setelah memperoleh primer dari CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) di AS, pihak terkait menemukan bahwa salah satu target gen, yaitu N2, memiliki kelemahan dalam deteksi. Hal ini menambah tantangan dalam proses pengujian. Akhirnya, untuk mengatasi masalah ini, dibentuklah kolaborasi dengan Pusat Penelitian dan Pengembangan Teknologi Kesehatan (Puspitek) untuk mengembangkan primer sendiri. Meskipun proses ini berjalan lambat dan baru dapat dilakukan hampir setahun setelah pandemi dimulai, pada akhirnya reagen PCR menjadi lebih terjangkau. Selain itu, untuk mendeteksi penyakit baru seperti COVID-19, penting untuk menggunakan uji PCR yang memerlukan laboratorium dengan Biosafety Level 3 (BSL-3). Laboratorium BSL-3 memiliki persyaratan khusus seperti penggunaan cabinet biosafety dan pintu ganda untuk menjaga keamanan saat menangani patogen yang sangat menular. Dengan standar keamanan tinggi tersebut, laboratorium-laboratorium ini memainkan peran penting dalam pengujian diagnostik, termasuk dalam pelaksanaan tes PCR di Indonesia.

Tes PCR telah menjadi metode utama dalam mendeteksi COVID-19 karena akurasinya yang tinggi dalam mendeteksi materi genetik virus, bahkan pada tahap awal infeksi. Penggunaan tes PCR di laboratorium berstandar tinggi memungkinkan hasil yang lebih andal, yang krusial dalam upaya pengendalian penyebaran penyakit di populasi luas. Sayangnya, regulasi terkait tes PCR justru menimbulkan kontroversi, sehingga topik ini menjadi bahan diskusi yang hangat di tengah masyarakat. Banyak opini publik yang mempertanyakan

dan meragukan konsistensi regulasi PCR di Indonesia, terutama karena sering kali berubah.[278] Selain itu, tarif tes PCR yang dianggap tinggi memicu keberatan di kalangan masyarakat, bahkan beberapa orang mencurigai adanya potensi permainan bisnis di balik penerapan tes ini oleh pemerintah.

Pada saat itu, harga tes PCR untuk sekali tes pernah menyentuh angka Rp 2.500.000,00 saat awal pandemi COVID-19, padahal harga sekali pemeriksaan spesimen tidak lebih dari Rp 500 ribu.[279] Seiring waktu, tarif tes PCR akhirnya diturunkan menjadi Rp 900.000,00. Namun, masyarakat masih menganggap biaya ini cukup tinggi. Beberapa waktu kemudian, pemerintah kembali menurunkan tarif tes PCR. Meski sudah mencapai Rp 275.000,00, tarif tersebut tetap menjadi kontroversi di kalangan masyarakat Indonesia, yang kerap membandingkan harga tes PCR di Indonesia dengan negara lain seperti India, di mana biayanya sekitar Rp 96.000,00. Menteri Kesehatan Budi Gunadi menyatakan bahwa penetapan harga PCR terbaru dilakukan langsung oleh Presiden Joko Widodo. Dengan harga Rp 275.000,00 hingga Rp 300.000,00, tarif PCR di Indonesia tergolong dalam 10% negara dengan tarif termurah di dunia, dan berada di posisi kedua termurah di kawasan Asia Tenggara.[280]

Tingginya biaya tes PCR dan swab memunculkan desakan untuk pengendalian harga. Laura Navika Yamani, seorang pakar epidemiologi dari Universitas Airlangga, mendorong pemerintah untuk mengatur biaya tes swab. Menurutnya, dengan harga yang lebih terjangkau, kesadaran masyarakat untuk melakukan tes swab mandiri akan meningkat.[281] Dengan adanya dorongan dalam pengendalian harga tes PCR dan swab bukan hanya berasal dari pakar kesehatan, tetapi juga didukung oleh inisiatif pemerintah daerah. Sebagai contoh, Pemkab Bantul mengajukan pelaksanaan tes PCR mandiri kepada Kementerian Kesehatan, tanpa ketergantungan pada Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKLPP).[282] Setelah mendapatkan izin, Pemkab melakukan pengadaan mobil keliling tes PCR untuk mempercepat deteksi COVID-19. Untuk pengadaan

278 "Inkonsistensi Regulasi, Pro Kontra, dan Dugaan Bisnis Tes PCR COVID-19", *kumparan.com*, edisi 8 Desember 2021, diakses melalui: https://kumparan.com/nadiautee/inkonsistensi-regulasi-pro-kontra-dan-dugaan-bisnis-tes-pcr-COVID-19-1x3cUDtqbWr, pada 8 Oktober 2024.

279 "Projo Bicara Mafia PCR, Dulu Tes COVID Capai Rp 2,5 Juta-Kini Rp 300 Ribu", *newsdetik.com*, edisi 28 Oktober 2021, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-5786083/projo-bicara-mafia-pcr-dulu-tes-covid-capai-rp-2-5-juta-kini-rp-300-ribu, pada 8 Oktober 2024.

280 "Inkonsistensi Regulasi, Pro Kontra, dan Dugaan Bisnis Tes PCR COVID-19", *kumparan.com*, edisi 8 Desember 2021, diakses melalui: https://kumparan.com/nadiautee/inkonsistensi-regulasi-pro-kontra-dan-dugaan-bisnis-tes-pcr-COVID-19-1x3cUDtqbWr, pada 8 Oktober 2024.

281 "Projo Bicara Mafia PCR, Dulu Tes COVID Capai Rp 2,5 Juta-Kini Rp 300 Ribu", *newsdetik.com*, edisi 28 Oktober 2021, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-5786083/projo-bicara-mafia-pcr-dulu-tes-covid-capai-rp-2-5-juta-kini-rp-300-ribu, pada 8 Oktober 2024.

282 *Harian Jogja*, edisi 10 September 2020.

mobil tes PCR, dibutuhkan anggaran Rp3,5 miliar dan proses tersebut dalam pengajuan melalui APBD Perubahan 2020.[283] Adanya mesin tes PCR keliling untuk mendeteksi COVID-19 dari sampel swab dikatakan dapat menyelesaikan hingga 400 setiap hari sehingga tidak lagi bergantung pada laboratorium.

a. Tracking, Tracing, dan Testing

Pada masa awal penanganan Pandemi COVID-19, program tracing, tracking, dan testing menghadapi beberapa tantangan yang signifikan. Pelacakan (*Tracking*) bertujuan untuk mencari orang yang sudah terinfeksi virus corona dan mereka yang berhubungan dengannya. Sementara itu, Pemeriksaan Dini (*Testing*) menjadi penting agar pasien dapat memperoleh perawatan dengan cepat dan meminimalkan risiko penularan lebih lanjut ke orang lain. Pelacakan (*Tracing*) juga dilakukan pada kontak-kontak terdekat pasien positif COVID-19 untuk mengidentifikasi potensi penularan.[284]

Dalam upaya penanganan kasus secara menyeluruh, tidak hanya aspek perawatan yang perlu diperhatikan. Penerapan praktik pencegahan seperti 3T (Tracing, Tracking, Testing) juga memainkan peran yang sangat penting, terutama ketika digabungkan dengan 3M (Menggunakan masker, mencuci tangan, menjaga jarak) yang telah lebih dikenal masyarakat. Penasihat Menteri Koordinator Bidang Maritim dan Investasi (Menkomarinvest), Monica Nirmala, mengatakan bahwa penerapan praktik 3T ini sama pentingnya dengan perilaku 3M.[285] Kedua langkah ini merupakan upaya terpadu dalam memutus mata rantai penularan COVID-19.

Namun, pemahaman masyarakat mengenai praktik 3T masih perlu ditingkatkan mengingat kampanye 3M lebih dahulu dilakukan dan lebih dikenal luas. Sebagai contoh yang terjadi di DIY, dimana fasilitas kesehatan di Intibios Laboratorium sejak tahun 2020, gencar melakukan metode *Tracing*, *Tracking*, dan *Testing* dalam upaya memutus rantai COVID-19.[286] Anggota Komisi VI DPR RI, Subardi mengapresiasi layanan Intibios dan menghimbau agar masyarakat proaktif mencegah penularan Covid. Menurutnya, transmisi lokal sangat mudah terjadi di seluruh DIY yang setiap hari dikunjungi wisatawan. Disisi lain, Pemda DIY juga berupaya melakukan antisipasi guna meminimalisir adanya lonjakan kasus COVID-19 sebagai dampak dari meningkatnya aktivitas masyarakat saat libur lebaran sehingga Pemda DIY dengan dukungan stakeholders terkait berupaya menggencarkan *tracing* dan *testing* di tempat yang kemungkinan ada

283 *Harian Jogja*, edisi 10 September 2020.
284 *Harian Jogja*, edisi 13 November 2020.
285 *Harian Jogja*, edisi 13 November 2020.
286 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 18 Januari 2021.

banyak kerumunan.[287] Bahkan supaya hasilnya maksimal, pihaknya meminta dinas kesehatan dengan Satgas COVID-19 untuk berkoordinasi untuk melakukan pemetaan.[288] Dengan adanya pemetaan diharapkan bisa mengetahui apakah di daerah itu ditemukan kasus atau klaster baru atau tidak. Dengan begitu, penanganan bisa dilakukan secara cepat dan lebih terarah.

b. Perkembangan Bioteknologi

Pada masa epidemi dan pandemi, seperti yang terjadi dengan flu burung, SARS, hingga COVID-19, Litbangkes memainkan peran penting dalam mendistribusikan peralatan diagnostik, seperti PCR, ke berbagai laboratorium di seluruh Indonesia, termasuk laboratorium bioteknologi. Peralatan ini digunakan untuk mendeteksi virus, seperti flu burung (H5N1), dan juga dalam melatih tenaga laboratorium di seluruh negeri. Pelatihan ini menjadi bagian dari program capacity building untuk memastikan laboratorium-laboratorium di berbagai daerah siap mendeteksi virus secara cepat dan akurat. Litbangkes dan berbagai institusi lain telah terlibat dalam deteksi awal virus-virus seperti HIV/AIDS, flu burung, SARS, dan COVID-19. Jaringan laboratorium ini memungkinkan Indonesia untuk merespons lebih cepat ketika muncul wabah besar, meskipun tetap ada tantangan

287 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 21 Mei 2021.
288 *Kedaulatan Rakyat*, edisi 21 Mei 2021.



Gambar 4.3: Jejaring Laboratorium Pemeriksa COVID-19. Sumber: sehatnegeriku.kemkes.go.id, edisi 20 Maret 2020



Foto 4.26: Petugas medis melakukan aktivitas di ruang ekstraksi Laboratorium Biomolekuler RS Pelindo Husada Citra di Kota Surabaya. Sumber: tribunnews.com, edisi 12 Maret 2020

dalam menghadapi situasi darurat yang baru. Jejaring yang telah terbentuk menjadi pondasi penting dalam deteksi massal virus, meskipun masih sering dihadapkan pada keterkejutan karena skala dan kecepatan penyebaran wabah.

Salah satu tantangan besar dalam mendeteksi virus seperti COVID-19 adalah kebutuhan akan laboratorium yang memenuhi standar WHO, khususnya Biosafety Laboratory (BSL) tipe 3, yang diperlukan untuk menangani virus dengan virulensi tinggi. Pada awal pandemi, hanya ada dua laboratorium di seluruh Indonesia yang memenuhi standar BSL tipe 3, yaitu Lembaga Biologi Molekuler Eijkman dan Litbangkes. Kondisi ini sangat terbatas dan menantang. Untuk mengatasi keterbatasan tersebut, Litbangkes kemudian memperkenalkan laboratorium mobile yang dilengkapi dengan fasilitas yang memenuhi standar BSL tipe 3. Laboratorium-laboratorium bergerak ini dirancang untuk meningkatkan kapasitas diagnostik di daerah-daerah yang tidak memiliki fasilitas laboratorium yang memadai. Inisiatif ini sangat penting dalam mempercepat respons kesehatan di lapangan, terutama dalam menghadapi virus yang berbahaya dan mudah menular seperti COVID-19.

Dengan adanya jaringan laboratorium yang semakin berkembang, Indonesia mulai membangun kemampuan yang lebih baik untuk menangani wabah di masa depan, meskipun tantangan masih terus ada. Pandemi COVID-19 menjadi katalisator penting dalam mempercepat kolaborasi antar lembaga di Indonesia. Saat wabah melanda, berbagai tim dari institusi yang berbeda segera bergabung untuk bekerja sama dalam mengembangkan vaksin berbasis antigen dan alat deteksi dini berbasis antibodi. Salah satu inisiatif yang muncul adalah pengembangan vaksin Merah Putih dan berbagai proyek kolaboratif lainnya, di

mana para peneliti dengan latar belakang dan keahlian yang sama bergabung dalam grup-grup yang berfokus pada pengembangan teknologi kesehatan.

Kerja sama ini begitu cepat dan luar biasa, hingga banyak pihak, termasuk peneliti di UGM, merasa takjub dengan percepatan yang terjadi. Salah satu contoh nyata adalah pengembangan alat deteksi dini berbasis antibodi. Dalam waktu hanya dua bulan setelah pandemi mulai menyebar, tim dari UGM yang dipimpin oleh Prof. Tribowo dan Prof. Mulyanto, bekerja sama dengan Laboratorium Hepatika dan BRIN (Badan Riset dan Inovasi Nasional) di bawah pimpinan Irham, berhasil mengembangkan alat deteksi dini tersebut. Alat deteksi ini, yang kemudian dinamai RIGHA (Republik Indonesia Gadjah Mada Hepatika Airlangga), merupakan kolaborasi antara UGM, Hepatika, dan Universitas Airlangga, didukung oleh BRIN. RIGHA diluncurkan secara resmi oleh Presiden Jokowi pada pertengahan tahun 2020, hanya beberapa bulan setelah pandemi dimulai pada Desember 2019. Alat ini menunjukkan kemampuan Indonesia untuk merespons cepat dengan teknologi berbasis antibodi.

Keberhasilan ini didukung oleh adanya program Riset Unggulan Terpadu (RUT) dan Riset Pembinaan Ilmu Pengetahuan Teknologi Kedokteran (Risbin Iptekdok), yang telah lama membangun fondasi kolaborasi antar institusi. Program-program tersebut memudahkan kerjasama antar institusi di Indonesia, sehingga koordinasi dalam merespons pandemi dapat dilakukan dengan cepat dan efisien. Pandemi COVID-19 membuktikan bahwa Indonesia memiliki kapasitas untuk bergerak cepat dalam inovasi teknologi kesehatan, berkat jaringan kerjasama yang sudah terbangun sebelumnya.

13. Kebijakan Substitusi Obat dan Alat Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menerbitkan surat edaran nomor HK.01.07/Menkes/1258/2022 tentang Substitusi Alat Kesehatan Impor dengan Alat Kesehatan Dalam Negeri pada E-Katalog Sektoral Kesehatan. Kebijakan ini merupakan bagian dari upaya untuk meningkatkan kemandirian industri kesehatan dalam negeri dan mengurangi ketergantungan pada produk impor. Sebelum penerapan kebijakan ini, Indonesia sangat bergantung pada impor alat kesehatan dan obat-obatan. Dengan meningkatnya ketergantungan pada produk luar negeri, pemerintah merasa perlu untuk mendorong produksi dalam negeri agar dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara mandiri. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan proporsi penggunaan alat kesehatan dan obat-obatan yang diproduksi di dalam negeri. Dengan substitusi produk impor, diharapkan dapat mengurangi ketergantungan terhadap barang-barang dari luar negeri.Kebijakan ini juga bertujuan untuk meningkatkan daya

saing industri kesehatan lokal melalui pengembangan teknologi dan inovasi. Sejak penerapan kebijakan substitusi, penggunaan alat kesehatan impor mengalami penurunan sebesar 18%, dari 88% pada tahun 2019-2020 menjadi 70% pada tahun 2021-2022.[289]

Pemerintah Indonesia juga telah menerapkan kebijakan substitusi alat kesehatan impor dengan alat kesehatan dalam negeri melalui mekanisme *freeze-unfreeze* pada katalog sektoral. Kementerian Kesehatan menerapkan mekanisme freeze (pembekuan) bagi produk alat kesehatan yang tidak memenuhi ketentuan substitusi. Hingga Juli 2022, sekitar 5.500 produk obat yang tidak sesuai dengan ketentuan telah dibekukan. Ini menunjukkan bahwa pemerintah berkomitmen untuk menegakkan kebijakan ini dan mendorong produsen dalam negeri untuk mematuhi regulasi. Meskipun ada kemajuan, tantangan tetap ada dalam memastikan bahwa produk dalam negeri memenuhi standar kualitas dan keamanan yang diperlukan, selain itu juga dibutuhkan investasi dan dukungan untuk meningkatkan kapasitas produksi industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri agar dapat bersaing dengan produk impor.

F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan

Dalam konteks sistem informasi, setelah era JKN, Indonesia telah memasuki era digitalisasi dalam sistem kesehatan. Era digitalisasi ini membawa banyak perubahan positif, termasuk penggunaan teknologi informasi untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan. Pada era ini, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) telah mengembangkan berbagai strategi digitalisasi, termasuk pembangunan sistem informasi yang terintegrasi dan penggunaan aplikasi digital untuk mendukung pelayanan kesehatan. Untuk urusan mengenai digitalisasi dan sistem informasi terdapat pusat data dan informasi kesehatan di bawah Sekretaris Jenderal. Pusat Data dan Informasi Kesehatan (Pusdatin) merupakan unit eselon 2 di Kemenkes yang bertanggung jawab atas pengembangan dan pengelolaan sistem informasi kesehatan. Pusdatin memiliki peran penting dalam membuat peraturan menteri kesehatan yang terkait dengan digitalisasi dan strategi e-kesehatan. Dengan demikian, Pusdatin berperan sebagai pengembang dan pengelola sistem informasi yang mendukung transformasi digitalisasi dalam kesehatan.

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia pada tahun 2020 telah mempercepat proses digitalisasi dalam sistem kesehatan Indonesia. COVID-19 adalah penyakit

289 "Transaksi alkes impor turun 18 persen sejak penerapan substitusi", *antaranews.com*, edisi 21 Desember 2022, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3316238/transaksi-alkes-impor-turun-18-persen-sejak-penerapan-substitusi, pada tanggal 6 Oktober 2024.

menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 dan telah dinyatakan sebagai pandemi global oleh WHO.[290] Oleh karena itu, langkah-langkah strategis diperlukan untuk mempercepat pencegahan dan pengendalian COVID-19, dengan meningkatkan kapasitas pemeriksaan, pelacakan, karantina, dan isolasi kasus. Proses pemeriksaan, pelacakan, karantina, dan isolasi merupakan rangkaian kegiatan yang saling berkaitan dan hanya dapat berhasil jika dilakukan dengan cepat dan disiplin. Kesuksesan langkah-langkah ini membutuhkan partisipasi aktif masyarakat serta koordinasi yang baik antara berbagai unit pemerintahan di semua tingkatan.[291]

Pandemi COVID-19 mempercepat transformasi digital di Indonesia. Adanya Pandemi COVID-19 mempercepat adopsi teknologi dalam sistem kesehatan, hal ini dapat dilihat dari Kementerian Kesehatan Indonesia yang meluncurkan beberapa inisiatif untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan. Pemerintah Indonesia, termasuk Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin dan sebelumnya Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto, telah mengambil langkah-langkah strategis untuk menghadapi pandemi ini. Dengan bantuan teknologi informasi, pemerintah dapat memantau dan mengendalikan penyebaran virus lebih efektif.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2020 mengatur Rencana Strategis Kementerian Kesehatan untuk periode 2020-2024, dengan tujuan melakukan reformasi tata kelola pembangunan kesehatan. Salah satu fokus utama adalah transformasi teknologi kesehatan, yang dimulai dengan integrasi dan pengembangan data kesehatan. Kegiatan ini melibatkan integrasi sistem data kesehatan serta pembangunan sistem analisis big data, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kebijakan kesehatan dengan data yang akurat, terkini, dan lengkap. Selain itu, terdapat pengembangan aplikasi pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa program, seperti pembuatan aplikasi kesehatan terintegrasi, peningkatan kapasitas sumber daya manusia di bidang informatika kesehatan, dan pendirian helpdesk terpusat di Kemenkes. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan di seluruh lini, baik di tingkat fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan. Lebih lanjut, Kemenkes juga berfokus pada pengembangan ekosistem teknologi kesehatan, yang mencakup perluasan teknologi telemedicine, pengembangan produk inovasi di bidang teknologi kesehatan, serta integrasi riset bioteknologi kesehatan. Melalui inisiatif ini, diharapkan tercipta kolaborasi dan ekosistem inovasi digital kesehatan yang

290 Diakses melalui: https://www.who.int/europe/emergencies/situations/COVID-19
291 Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/4641/2021

melibatkan pemerintah, universitas, industri, dan masyarakat.[292]

1. Pusat Data dan Informasi Kesehatan (Pusdatin)

Pada masa pandemi COVID-19 di Indonesia, di tengah pesatnya perkembangan teknologi informasi, terdapat kebutuhan mendesak untuk menyajikan dan menyimpan data secara akurat agar tidak terjadi kesalahan yang dapat merugikan masyarakat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), yang bertanggung jawab atas urusan kesehatan nasional, memiliki peran penting dalam mengelola data, khususnya melalui unit kerja Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). Pusdatin memiliki tanggung jawab besar dalam menyediakan informasi yang cepat, tepat waktu, dan akurat. Hal ini menjadi semakin krusial, terutama dalam pengelolaan berbagai situs web Kemenkes RI. Kesalahan dalam penyajian informasi di website bisa berakibat buruk bagi masyarakat, sehingga ketepatan informasi sangat diutamakan.

Pusdatin dalam penanganan awal COVID-19 memiliki peran yang sangat penting dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menyampaikan informasi terkait pandemi. Berikut adalah alur tugas Pusdatin dalam penanganan awal COVID-19. Pusdatin bertugas untuk mengidentifikasi dan mencatat data pihak-pihak yang terjangkit COVID-19.[293] Ini melibatkan pengumpulan informasi tentang individu yang mungkin terinfeksi, termasuk gejala klinis dan riwayat perjalanan. Nomor Induk Kependudukan (NIK) menjadi sangat penting dalam proses identifikasi ini. NIK digunakan untuk memastikan identitas pribadi seseorang dan menghubungkan data klinis dengan data administratif[294]. Pusdatin awalnya tidak terlalu kuat dalam menghadapi pandemi COVID-19. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin merasa bahwa kekuatan Pusdatin terletak pada data, sehingga ia memutuskan untuk memperkuat tim Pusdatin. Ini merupakan pendekatan yang tepat dalam menghadapi tantangan yang kompleks seperti pandemi. Untuk memperkuat Pusdatin, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin melakukan beberapa langkah penting. Pertama, ia memastikan bahwa tim Pusdatin memiliki SDM yang mampu menghadapi tantangan yang ada. Jika SDM yang ada tidak cukup, maka ia menambahkan orang atau mengganti orang yang tidak mampu. Kedua, ia menambahkan sumber dana untuk memastikan bahwa Pusdatin memiliki sumber daya yang cukup untuk melakukan tugasnya.

292 Kemenkes RI, *Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021), hlm. 28.

293 Arsip Nasional Republik Indonesia, Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana: Seri Penanganan Pandemi COVID-19 tahun 2020, No.34.

294 Wawancara dengan Boga Hardana, S.Si, M.M dan Aang Abu Azhar, S.Kom, M.Kes, Pusat Data dan Teknologi Informasi, dalam FGD Penanganan Pandemi COVID-19 pada 23 September 2024.

Selain itu, perubahan lembaga sandi negara menjadi Badan Sandi Nasional (BSSN) pada tahun 2020 juga merupakan aspek penting dalam penanganan pandemi. BSSN dipisahkan dari Kominfo untuk memastikan keamanan data kesehatan yang lebih tinggi dan terpisah dari kegiatan lainnya.

2. Sistem Informasi All Record Tracking COVID-19

Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/381/2020 Tentang Upaya Penguatan Data Dan Informasi Dalam Percepatan Penanganan COVID-19 Melalui Sistem Informasi All Record Tracking COVID-19, dikeluarkan karena mencermati kondisi semakin banyaknya kasus konfirmasi positif, Pasien Dalam Pengawasan (PDP), dan Orang Dalam Pemantauan (ODP) di 34 Provinsi di Indonesia, dibutuhkan Penyelenggaraan sistem informasi COVID-19 melalui sistem informasi All Record Tracking COVID-19 (*Allrecord-tc19*). Sistem *All Record-tc 19* diperlukan untuk memantau penyebaran penyakit di seluruh wilayah Indonesia dengan data yang valid dan tepat waktu. Data yang valid dan tepat waktu sangat penting dalam mendukung penyusunan kebijakan untuk mengendalikan COVID-19. Pusdatin bekerja sama dengan Dukcapil (Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil) untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan akurat dan lengkap. Kerja sama ini membantu membuat pekerjaan menjadi lebih ringkas dan efektif dalam mengidentifikasi dan menghubungkan data pribadi dengan data klinis. Penyelenggaraan sistem informasi COVID-19 dilakukan melalui sistem *All Record-tc19* yang berada di bawah Kementerian Kesehatan. Pengguna sistem ini mencakup:

a. Rumah Sakit dan Puskesmas;
b. Laboratorium Pemeriksaan COVID-19;
c. Dinas Kesehatan Provinsi;
d. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; dan
e. Kementerian Kesehatan.

Rumah Sakit dan Puskesmas diwajibkan untuk memasukkan data pasien COVID-19 melalui All Record-tc19. Laboratorium harus melaporkan hasil pemeriksaan Polymerase Chain Reaction (PCR) untuk pasien COVID-19 serta ketersediaan reagen melalui sistem *All Record-tc19*. Hasil laporan dari laboratorium yang telah diterima oleh Kementerian Kesehatan melalui *All Record-tc19* akan disampaikan kepada Dinas Kesehatan untuk keperluan penyelidikan epidemiologi. Puskesmas dan Dinas Kesehatan bertanggung jawab melakukan penyelidikan epidemiologi sesuai dengan kebutuhan di wilayah masing-masing, berdasarkan ketentuan peraturan yang berlaku.

Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang melakukan penyelidikan epidemiologi serta pengambilan spesimen COVID-19 harus mengirimkan laporan melalui *All Record-tc19* setiap hari kepada laboratorium pemeriksa. Semua Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang terlibat dalam penyelidikan epidemiologi dan pengambilan spesimen COVID-19 diwajibkan untuk menginput data identitas individu yang diambil spesimen COVID-19-nya ke dalam *All Record-tc19.*[295] Pada tahun selanjutnya dikeluarkan Surat Edaran Nomor: HK.02.02/II/1888/2021 Tentang Penguatan Pencatatan dan Pelaporan Hasil Pemeriksaan COVID-19 Melalui Sistem Informasi *All Record-Tc19.*[296]

National All Record (NAR) PCR adalah aplikasi yang digunakan untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kasus COVID-19 dimulai dari pengambilan spesimen, pemeriksaan spesimen sampai dengan penentuan kasus konfirmasi, sembuh dan meninggal COVID-19 di Indonesia. NAR merupakan aplikasi yang dirancang untuk mempercepat penginputan dan penyajian data pengambilan sampel COVID-19 melalui metode PCR dengan lebih efisien dan akurat, guna menunjang kinerja Kemenkes dalam merespons pandemi. Aplikasi NAR PCR mencatat dan melaporkan hasil tes swab PCR serta proses penentuan status kasus. Aplikasi ini dapat diakses melalui domain *https://allrecordtc19.kemkes.go.id.*[297]

Namun, karena pandemi terjadi secara tiba-tiba, pembuatan aplikasi NAR PCR belum sepenuhnya sempurna saat pertama kali diluncurkan. Beberapa kekurangan, seperti tidak adanya dokumentasi aplikasi, membuat proses komunikasi antara perancang, analis, dan programmer menjadi sulit, sehingga memperlambat pengembangan lebih lanjut. Selain itu, antarmuka website belum sepenuhnya memperhatikan perilaku pengguna, yang mempersulit pengguna dalam mengoperasikan aplikasi dengan optimal. Pembuatan laporan perkembangan aplikasi untuk dilaporkan kepada pemangku kepentingan juga menjadi tantangan tersendiri.[298]

3. Transisi ke *Peduli Lindungi*

Aplikasi *Peduli Lindungi* diperkenalkan pada tahun 2020 sebagai respon terhadap pandemi COVID-19. Aplikasi ini dirancang untuk membantu pemerintah dalam melacak dan mengendalikan penyebaran virus dengan mengumpulkan data

295 Arsip Nasional Republik Indonesia, Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri COVID-19 tahun 2020-2022, No.77.

296 Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. HK.02.01/Menkes/381/2020; lihat juga https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/RegulasiAllrecord

297 Kementerian Kesehatan, *Pencatatan dan Pelaporan COVID-19 Melalui Aplikasi New All Record (NAR)*, 2021.

298 Syandra Sari, *Analisa dan Perancangan Sistem Informasi New All Record PCR pada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 2022.

mengenai pergerakan masyarakat dan kondisi kesehatan mereka. *PeduliLindungi* berfungsi sebagai alat untuk memantau kontak, memberikan informasi tentang status vaksinasi, serta memfasilitasi akses ke layanan publik selama pandemi. Pengguna diwajibkan untuk menggunakan aplikasi ini saat beraktivitas di tempat umum. Aplikasi ini dapat diunduh di smartphone dan dikembangkan oleh PT Telekomunikasi Indonesia Tbk. Pengguna diwajibkan untuk menggunakan aplikasi ini saat beraktivitas di tempat umum. Contoh penerapan yang dilakukan di tempat umum, yakni di fasilitas pelayanan kesehatan, dimana Kementerian kesehatan menginstruksikan pemasangan QR Code yang terintegrasi dengan aplikasi *PeduliLindungi* pada fasilitas pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan puskesmas.[299] Selain itu penerapan penggunaan *PeduliLindungi* bagi masyarakat yang akan melakukan perjalanan menggunakan transportasi udara juga dilakukan dengan cara, diharuskannya para penumpang untuk melakukan digitalisasi dokumen kesehatan demi mempermudah proses pemeriksaan saat melakukan perjalanan.[300] Hal demikian dilakukan sekaligus untuk memantau masyarakat yang melakukan perjalanan menggunakan transportasi udara dan meminimalisir penyebaran virus. Aplikasi Peduli Lindungi memotivasi masyarakat untuk patuh pada protokol kesehatan, seperti vaksinasi, yang turut menurunkan angka penularan COVID-19.

Cara kerja *PeduliLindungi* adalah dengan memanfaatkan data yang dihasilkan oleh perangkat yang memiliki fitur Bluetooth aktif untuk merekam informasi yang diperlukan. Selanjutnya, *PeduliLindungi* akan mengidentifikasi individu yang pernah berada dalam jarak dekat dengan orang yang terkonfirmasi positif COVID-19 atau pasien dalam pengawasan (PDP) serta orang dalam pemantauan (ODP). Aplikasi ini tidak merekam lokasi geografis pengguna, melainkan hanya mengumpulkan identitas perangkat dan waktu saat berada dekat dengan perangkat lain yang juga terinstal aplikasi *Peduli Lindungi*.[301]

Pada 11 Maret 2022, Kementerian Kesehatan melalui Digital Transformation Office (DTO) meluncurkan fitur *Sijejak* dalam aplikasi *PeduliLindungi* untuk pelacakan kontak erat COVID-19. *Sijejak* menggunakan sinyal bluetooth dalam jarak kurang dari dua meter untuk mengidentifikasi kontak erat dan menyimpannya selama 14 hari. Pengguna akan diberi tahu jika mereka

299 "Permudah Tracing, Fasyankes Kini wajib pasang QR Code *PeduliLindungi*", *kemenkes.go.id,* edisi 4 November 2021, diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/%20permudah-tracing-fasyankes-kini-wajib-pasang-qr-code-pedulilindungi.

300 Surat edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/847/2021 tentang Digitalisasi Dokumen Kesehatan bagi Pengguna Transportasi Udara yang Terintegrasi dengan Aplikasi PeduliLindungi.

301 "Aplikasi PeduliLindungi Buat Lacak Corona Rilis di Android", *cnbcindonesia.com*., edisi 30 Maret 2020, diakses melalui: https://www.cnbcindonesia.com/tech/20200330101520-37-148369/aplikasi-pedulilindungi-buat-lacak-corona-rilis-di-android.

berhubungan erat dengan kasus positif dan disarankan untuk tes serta karantina mandiri. Privasi data dijamin anonim dan terenkripsi. Fitur ini dapat digunakan di *PeduliLindungi* versi terbaru untuk Android dan iOS.[302]

4. Digital Transformation Office (DTO)

Pada masa pandemi, Kemenkes mengangkat unit baru bernama Digital Transformation Office (DTO) untuk mendampingi Pusdatin. DTO (*Digital Transformation Office*) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) dibentuk pada tanggal 8 Maret 2021 melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK.01.07/MENKES/3605/2021. Pembentukan DTO bertujuan untuk mendukung percepatan transformasi digital kesehatan di Indonesia khususnya pada pilar ke-6: transformasi teknologi kesehatan. Tujuan pembentukan DTO adalah untuk mewujudkan transformasi kesehatan yang cepat dan adaptif dalam menjawab segala tantangan dan kebutuhan kesehatan melalui perkembangan teknologi. DTO berkolaborasi secara aktif bersama Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin) untuk menghadirkan berbagai inovasi program maupun produk digital dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat, terutama di tengah situasi pandemi COVID-19.[303]

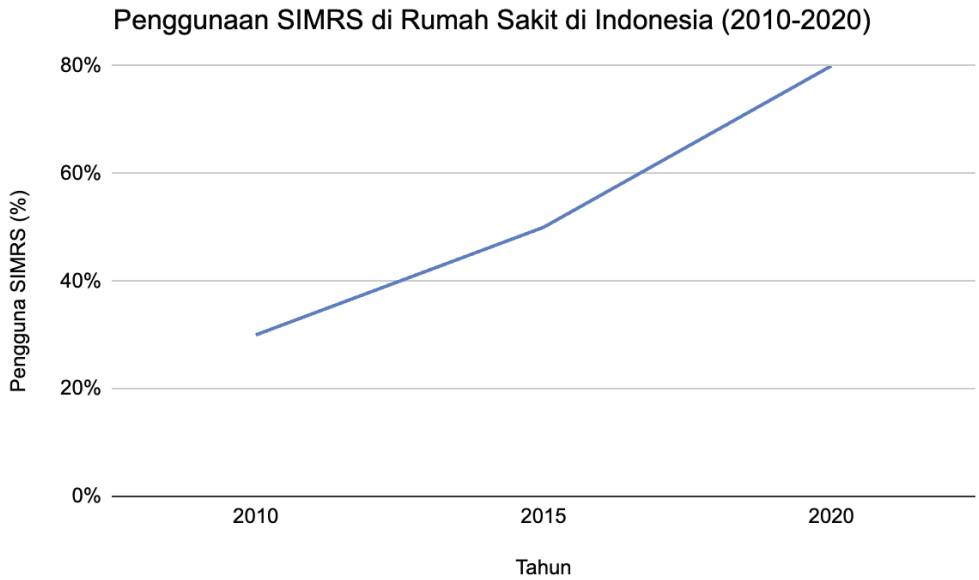
Tim DTO yang dibentuk ini terdiri dari profesional dari luar Kemenkes, termasuk anak-anak muda generasi milenial dari *start-up*. Mereka membawa pengalaman dan keterampilan yang unik dalam pengembangan teknologi. Hal ini sangat penting karena mereka dapat menyusun blueprint atau rencana pengembangan yang cepat dan efektif. Mekanisme pendanaan yang lebih fleksibel juga menjadi salah satu faktor penting. Tim DTO dapat dibiayai dari development partner dan sumber lain, sehingga mereka memiliki kebebasan dalam mengalokasikan sumber daya untuk proyek-proyek yang strategis.

5. Regulasi Rekam Medis Elektronik

Pada tahun 2022 Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menetapkan regulasi yang jelas dalam Permenkes No. 24 Tahun 2022, yang menetapkan bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) harus menggunakan rekam medis elektronik dalam waktu satu tahun. Meskipun regulasi ini agak sulit untuk diimplementasikan, seperti yang terlihat dari pengalaman Amerika Serikat yang membutuhkan waktu 9 tahun untuk meningkatkan penerapan RME dari

302 "Kemenkes Luncurkan Sijejak, Fitur Pelacakan Cepat Kontak Erat di PeduliLindungi", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*., edisi 12 Maret 2022, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220312/0739517/kemenkes-luncurkan-sijejak-fitur-pelacakan-cepat-kontak-erat-di-pedulilindungi/

303 Kementerian Kesehatan RI, *Membangun Integrasi Menuju Transformasi Digital Kesehatan: Laporan Tahunan Digital Transformation Office 2021-2022* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2023).



Grafik 4.2: Penggunaan SIMRS di rumah sakit Indonesia dari tahun 2010, 2015 dan 2020

30% menjadi hampir 100%, regulasi ini tetap menjadi visi yang luar biasa dalam memacu digitalisasi pelayanan kesehatan di Indonesia.

Electronic Medical Record (EMR) atau Rekam Medis Elektronik adalah sistem yang menyimpan catatan medis pasien dalam format digital.[304] EMR mencakup berbagai informasi penting, seperti riwayat kesehatan, diagnosis, tindakan medis, resep obat, dan hasil tes laboratorium. Sistem ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi dan keamanan dalam pengelolaan data kesehatan. EMR juga memfasilitasi integrasi data dari berbagai sumber, memungkinkan akses online yang mudah, dan mendukung pengambilan keputusan yang lebih akurat oleh tenaga medis.[305] Dalam konteks rumah sakit, SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) adalah sistem teknologi informasi yang dirancang untuk mengelola dan mengintegrasikan seluruh proses pelayanan di rumah sakit. SIMRS bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan kualitas pelayanan kesehatan dengan memfasilitasi pengelolaan data pasien, administrasi, dan

304 "Rekam Medis Elektronik: Tujuan dan Manfaatnya", pada 23 Agustus 2023, diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2714/rekam-medis-elektronik-tujuan-dan-manfaatnya

305 "EMR (*Electronic Medical Record*): Definisi, Manfaat, Penerapan Aturan, Berlaku di Indonesia dan Solusi", ditinjau oleh dr. Juliana Ng, pada 27 Juli 2023, diakses melalui https://aido.id/his/emr-adalah-definisi-manfaat-penerapan/detail

komunikasi antar unit layanan.[306] SIMRS diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013, yang saling terkait dengan EMR dalam pengintegrasian data kesehatan secara efektif dan efisien. Dengan demikian, kedua sistem ini bekerja sama untuk meningkatkan keamanan pasien, mempercepat proses perawatan, serta mencegah kesalahan medis.

Permenkes No. 82 Tahun 2013 mengatur bahwa SIMRS harus mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit, termasuk data pasien dan rekam medis. Sementara itu, Permenkes No. 24 Tahun 2022 mewajibkan penggunaan rekam medis elektronik yang akurat dan efisien, yang merupakan bagian integral dari SIMRS. Regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 mewajibkan setiap rumah sakit untuk menerapkan SIMRS guna mendukung pelayanan kesehatan yang lebih baik. Permenkes tersebut menetapkan bahwa SIMRS harus mampu mengintegrasikan berbagai aspek pelayanan rumah sakit, termasuk registrasi pasien, pengelolaan rekam medis, keuangan, dan logistik.

Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di Indonesia pada 2010 masih sangat rendah, hanya sekitar 30% dari total rumah sakit yang memiliki SIMRS yang fungsional. Namun, setelah BPJS hadir pada tahun 2014/2015, angka ini meningkat menjadi sekitar 50%. Pada awal pandemi, angka ini meningkat lagi menjadi sekitar 80%. Hal ini menunjukkan bahwa adanya driver dari BPJS juga berperan penting dalam memacu digitalisasi pelayanan kesehatan di Indonesia. Menurut data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada November 2016, sebanyak 1257 dari 2588 rumah sakit di Indonesia, atau sekitar 48%, telah memiliki SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) yang berfungsi dengan baik.[307] Berdasarkan laporan dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2022, hanya sekitar 88% rumah sakit di Indonesia yang sudah mengimplementasikan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).[308]

G. Transformasi Kesehatan

Pada tahun 2022, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin mengungkapkan strategi pemerintah dalam menghadapi gelombang ketiga COVID-19 yaitu dengan fokus pada 3M (masker, cuci tangan, jaga jarak), 3T (*testing, tracing,*

306 "Pentingnya SIMRS dalam penerapan Elektronik Rekam Medis", pada 7 Juli 2022, diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/191/pentingnya-simrs-dalam-penerapan-elektronik-rekam-medis#:~:text=Berdasarkan%20Permenkes%20RI%20Nomor%2082,koordinasi%2C%20pelaporan%20dan%20prosedur%20administrasi

307 A.Awaliya Anwar, "Pengaruh Penerapan Sistem Informasi Manajemen Terhadap Efektivitas Kerja Pegawai di Instalasi Rawat Jalan", *JURNAL JUFDIKES*, Vol. 2 No. 2(Juli 2020), hlm. 19-34.

308 https://aviat.id/22-rs-di-indonesia-belum-menggunakan-simrs-sama-sekali%EF%BF%BC/

treatment), vaksinasi, dan pengobatan. Penanganan COVID-19 pada tahun 2022 lebih menekankan pada pengobatan di rumah dan *telemedicine*, mengurangi ketergantungan pada rumah sakit, serta mempercepat distribusi obat dan vaksin. Selain itu, pemerintah telah mengimpor obat seperti Molnupiravir dan Paxlovid. Pada forum G-20, Indonesia mendorong dana kesehatan global senilai $15 miliar per tahun untuk mendukung kesiapsiagaan pandemi global, memperkuat sistem kesehatan, dan distribusi vaksin di negara berkembang. Reformasi kesehatan nasional mencakup layanan primer, pembiayaan BPJS, distribusi tenaga medis, dan teknologi kesehatan, termasuk telekesehatan dan bioteknologi. Budi juga menyoroti pentingnya kolaborasi luas dalam meluncurkan vaksin COVID-19, dengan melibatkan masyarakat, swasta, polisi, dan TNI, yang dianggapnya sebagai kunci sukses program vaksinasi nasional.[309]

Transformasi sistem kesehatan di Indonesia dimulai pada tahun 2022 pada saat Menteri Kesehatan menerima tugas dari Presiden Jokowi untuk memastikan keberhasilan vaksinasi COVID-19, mengendalikan pandemi, dan melakukan transformasi fundamental terhadap sistem kesehatan. Untuk menyukseskan agenda ini, sejumlah perubahan signifikan dilakukan, termasuk perubahan dalam organisasi dan tata kerja (SOTK) di Kementerian Kesehatan.

Dalam proses transformasi pelayanan kesehatan, perubahan tidak hanya dilakukan pada program-program kesehatan, tetapi juga pada struktur organisasi. Selama ini, banyak aktor yang lebih fokus pada penguatan programatik, seperti malaria, stunting, tuberkulosis (TB), dan HIV, namun sangat sedikit yang melakukan perubahan struktural. Dalam transformasi ini, perubahan struktur secara mendalam telah dilakukan, termasuk pengubahan struktur organisasi tata kelola (SOTK). Selain itu, data digunakan secara komprehensif untuk menentukan tindakan yang harus diambil, dan data tersebut bahkan dipecah hingga tingkat Puskesmas untuk memastikan akurasi dalam pengambilan keputusan. Pendekatan ini melengkapi visi transformasi serta upaya pemberdayaan masyarakat yang sudah diimplementasikan.

Transformasi kesehatan di Indonesia dilandaskan pada enam pilar utama yang saling terintegrasi: pelayanan primer, sekunder, sistem resiliensi, SDM kesehatan, pembiayaan, dan teknologi informasi. Integrasi ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas program-program kesehatan, seperti KJSU, yang membutuhkan dukungan kuat dari segi SDM dan pembiayaan, termasuk peran penting BPJS. Fokus utama transformasi ini adalah menjaga kesehatan masyarakat dengan menekankan layanan primer untuk kegiatan promotif,

309 "Equal access to funding, Big Pharma commitments essential in global COVID-19 resilience", *thejakartapost.com*, edition February 3 2022, https://www.thejakartapost.com/opinion/2022/02/03/equal-access-to-funding-big-pharma-commitments-essential-in-global-COVID-19-resilience.html

preventif, dan skrining. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan menekan biaya kesehatan secara keseluruhan. Berbagai negara seperti Amerika, Jepang, Kuba, dan Singapura telah menunjukkan hasil yang beragam dalam penanganan kesehatan, terutama terkait pembiayaan dan strategi preventif. Singapura, misalnya, menerapkan pendekatan ketat dalam menjaga berat badan anak-anak untuk mencegah obesitas dan penyakit tidak menular. Indonesia berencana mengadopsi pendekatan serupa, dengan tujuan mengubah persepsi masyarakat terhadap pentingnya kesehatan preventif sejak usia dini. Langkah ini merupakan bagian dari upaya komprehensif untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia dalam jangka panjang.[310]

1. Restrukturisasi dan Reformasi Sistem Kesehatan

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia sejak awal 2020 telah mengubah lanskap kesehatan global secara dramatis. Indonesia, sebagai salah satu negara yang terdampak signifikan, menghadapi tantangan besar dalam menangani krisis kesehatan ini. Merespons situasi pentingnya adaptasi cepat dalam menghadapi tantangan kesehatan yang dinamis, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melakukan serangkaian perubahan strategis untuk memperkuat sistem kesehatan nasional. Perubahan tersebut terangkum dalam transformasi kesehatan, yang juga menjadi amanat Presiden Joko Widodo.[311] Transformasi kesehatan dimulai dari pembenahan tata organisasi di dalam internal Kementerian Kesehatan itu sendiri, sebagai lembaga paling berpengaruh dan bertanggung jawab dalam sektor kesehatan di Indonesia. Karenanya, restrukturisasi organisasi dan reformasi menjadi kunci dalam tata kelola kesehatan pada masa transformasi ini.

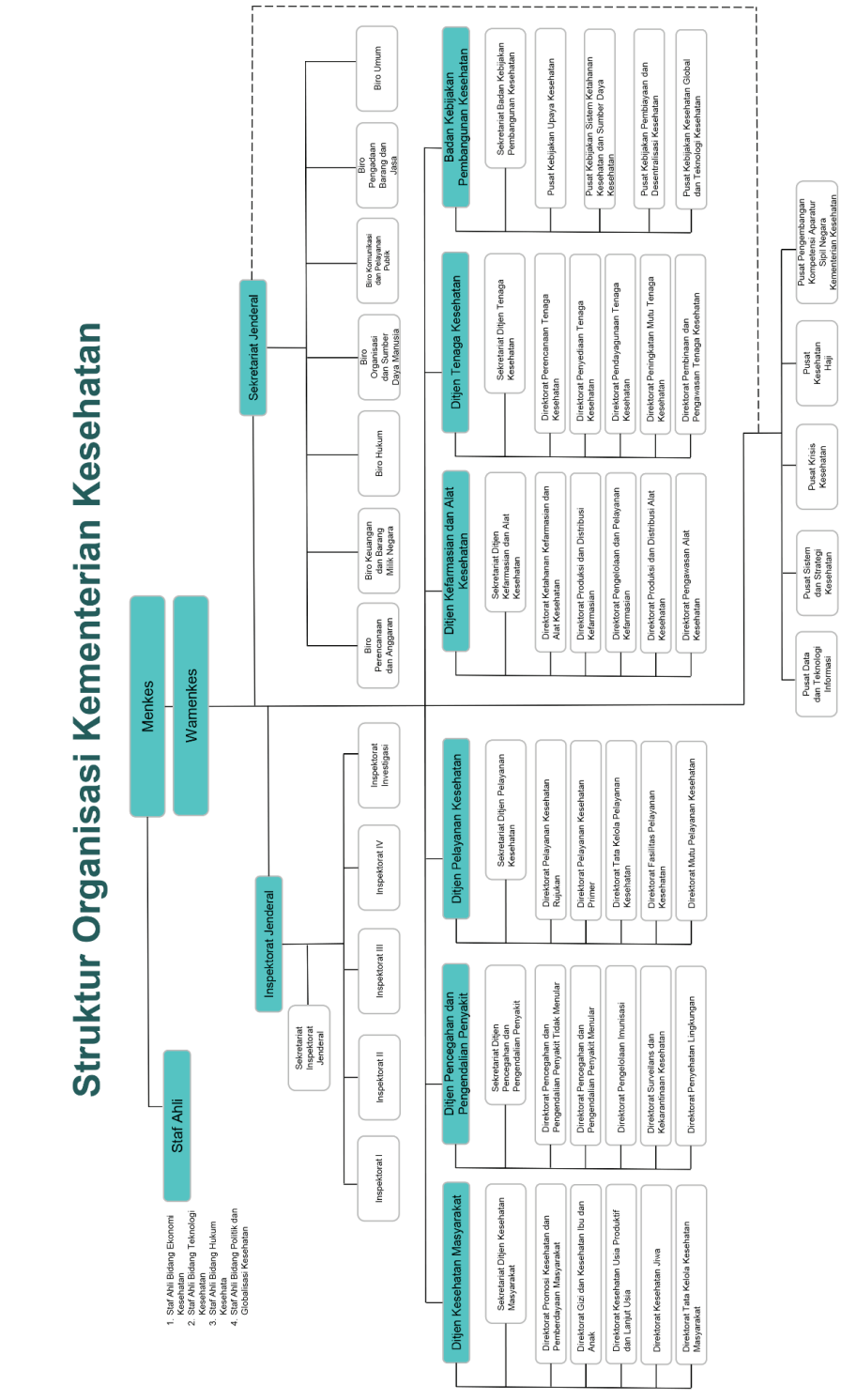
Restrukturisasi kelembagaan dilakukan mulai Februari 2022, ketika Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.[312] Setidaknya, terdapat empat sektor yang direstrukturisasi dalam era transformasi ini.[313] *Pertama*, menata ulang pengelolaan anggaran di Kementerian Kesehatan guna mencapai efisiensi dan kebermanfaatan secara optimal. Hal ini dilakukan dengan membangun sistem posting anggaran yang lebih fleksibel, dimana

310 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024

311 Wawancara Khusus Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang. Diakses melalui : https://www.youtube.com/watch?v=_Hvogz2OBbM

312 Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

313 Wawancara dengan Kunta Wibawa Dasa Nugraha, S.E., M.A., Ph.D., Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI, pada 23 September 2024.



Gambar 4.4: Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan. Sumber: Kemenkes RI

anggaran yang diperuntukkan bagi kepentingan tertentu dapat dialihkan untuk menangani kepentingan atau masalah lainnya dengan tetap memperhatikan hukum yang berlaku. *Kedua*, restrukturisasi pengelolaan sumber daya manusia (SDM) dengan memberikan penghargaan pada pegawai dilingkungan Kementerian Kesehatan. Artinya, pegawai yang melakukan pekerjaan dengan baik dan tepat akan mendapatkan rewards, begitu juga sebaliknya bagi pegawai yang tidak menjalankan pekerjaannya dengan baik akan mendapatkan sanksi. Dengan demikian, pengelolaan sumber daya manusia di Kementerian Kesehatan kini berdasarkan *performance* setiap pegawai. *Ketiga*, perubahan pada tata kelola organisasi dengan mengintegrasikan seluruh bagian di Kementerian Kesehatan, melakukan likuidasi dan atau pembentukan badan yang baru, hingga menata ulang sistem rekrutmen pegawai menjadi lebih demokratis. *Keempat*, restrukturisasi cara kerja dengan digitalisasi dan peningkatan integritas.

Sebagai implementasi dari perubahan struktur organisasi dan tata kelola (SOTK) di atas, pada tanggal 10 Februari 2022, Menteri Kesehatan melantik 47 pejabat pimpinan tinggi madya dan pratama secara daring. Perubahan ini merupakan bagian integral dari upaya pemerintah untuk memperkuat sistem kesehatan nasional dalam menghadapi berbagai tantangan, termasuk pandemi COVID-19 dan potensi krisis kesehatan di masa depan. Sejumlah transformasi lainnya kemudian terjadi di Kementerian Kesehatan. Sebagai dampak dari demokratisasi sistem rekrutmen SDM misalnya, tidak semua orang yang bekerja di rumah sakit atau pelayanan kesehatan harus bergelar dokter, kecuali pada bidang-bidang yang bersinggungan langsung dengan medis. Akhirnya, direksi rumah sakit bisa berasal dari kalangan ekonom, bankir, atau latar belakang lainnya.

Restrukturisasi tata kelola organisasi juga diikuti dengan likuidasi beberapa satuan kerja yang berada dibawah Kementerian Kesehatan. Sebagai contoh, dilakukan likuidasi terhadap Satuan Kerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, lalu dibentuk menjadi unit kerja yang baru yakni Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan.[314] Kemudian, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) diubah menjadi Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK). BKPK dalam hal ini menjadi badan yang menjalankan fungsi perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat.[315] Kebijakan-kebijakan tersebut pada akhirnya juga menunjukkan gagasan yang dibawa oleh Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin, bahwa pembangunan sistem kesehatan bukan hanya persoalan dokter

314 Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat dan Unggul*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2024), hlm. 110.

315 https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/sejarah/

atau tenaga kesehatan, tetapi juga persoalan manajerial.

Tidak lupa, reformasi tata kelola yang berkaitan dengan koordinasi antar lembaga, baik secara vertikal maupun horizontal, juga menjadi target Kementerian Kesehatan. Secara horizontal, Kementerian Kesehatan mengatur ulang penataan anggaran program kesehatan yang ada di internal Kementerian Kesehatan maupun lembaga lainnya, seperti Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), hingga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa lembaga-lembaga tersebut memiliki program kesehatan yang berdampak bagi masyarakat, sehingga anggaran yang diberikan dapat dimanfaatkan secara optimal.

Secara vertikal, dilakukan perbaikan terhadap koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan lembaga ditingkat daerah. Kementerian Kesehatan mulai membuka diskusi pengembangan sektor kesehatan tidak hanya dengan Dinas Kesehatan, tetapi juga dengan Bappeda untuk memastikan bahwa program kesehatan yang diadakan di daerah sesuai dengan kebutuhan masyarakatnya. Perencanaan program kesehatan tersebut juga diperketat oleh Kementerian Kesehatan, dimana daerah harus membuat rencana program-program kesehatan atau proposal yang disesuaikan dengan kondisi nyata di lapangan, dan anggarannya akan disesuaikan dengan program-program tersebut.[316] Perubahan-perubahan tersebut merupakan langkah strategis untuk mengawal proses transformasi kesehatan nasional serta dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi kinerja Kementerian Kesehatan, serta mendorong peningkatan jiwa kepemimpinan dan koordinasi antar stakeholder terkait. Transformasi internal dapat menjadi katalis bagi terwujudnya sistem kesehatan yang lebih tangguh dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat Indonesia.

Transformasi kesehatan juga dilakukan dengan mengubah persepsi masyarakat terkait sektor kesehatan itu sendiri. Menteri Budi Gunadi Sadikin menyatakan bahwa sebelumnya, kerja-kerja Kementerian Kesehatan lebih banyak fokus pada penanganan masalah-masalah kesehatan dan telah melupakan cara menjaga kesehatan itu sendiri.[317] Karenanya, tugas besar Kementerian Kesehatan adalah menggeser penekanan program kesehatan yang sebelumnya fokus pada layanan kuratif dan rehabilitatif menjadi mengarusutamakan layanan promotif dan preventif. Hal ini juga harus diikuti dengan perubahan pola pikir masyarakat, yang harus melihat kesehatan sebagai aset penting yang harus

316 Wawancara dengan Drs. Bayu Teja Muliawan, SH,MPharm, MM, Apt, Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, pada 4 Oktober 2024.

317 Wawancara Khusus Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang. Diakses melalui : https://www.youtube.com/watch?v=_Hvogz2OBbM

dijaga.

Sejalan dengan titik awal transformasi, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menerbitkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan oleh melalui Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 pada 22 April 2022. Peraturan ini menggantikan Permenkes Nomor 21 Tahun 2020 tentang Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Rencana strategis (Renstra) tersebut mengusung '*Health in All Policies*' (HiAPs) atau pembangunan berwawasan kesehatan yang berkesinambungan sebagai konsep utama perbaikan dan pengembangan sistem kesehatan di Indonesia kedepannya. Konsep tersebut mendorong seluruh komponen bangsa, baik itu pemerintah, masyarakat, swasta, organisasi kemasyarakatan, dan seluruh profesi, mempunyai tanggung jawab dalam pembangunan kesehatan.[318]

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2022 juga tidak lepas dari situasi pandemi COVID-19, yang mendorong Kementerian Kesehatan bertransformasi, sehingga lebih siap menghadapi tantangan kesehatan apapun kedepannya. Disisi lain, renstra tersebut juga menjadi respons Kementerian Kesehatan akan adanya sejumlah masalah sistemik, seperti biaya kesehatan yang terus meningkat dan tidak diikuti dengan efektivitas dan peningkatan kualitas pelayanannya, pengeluaran kesehatan yang terlalu banyak fokus pada aspek kuratif dibandingkan preventif, kekurangan SDM kesehatan yang berkualitas, hingga keterbatasan layanan laboratorium dan teknologi digital. Artinya, renstra tersebut juga dipergunakan untuk mengantisipasi potensi krisis kesehatan di masa depan. Hal ini tercermin dalam program-program pembangunan kesehatan yang direncanakan, yang menjadi acuan dalam penyusunan Rencana Kerja (Renja) Kementerian Kesehatan.

Rencana strategis Kementerian Kesehatan memuat enam pilar transformasi kesehatan sebagai bentuk penerjemahan reformasi sektor kesehatan di Indonesia. Keenam pilar tersebut adalah transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi sistem ketahanan kesehatan untuk menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat, transformasi pembiayaan kesehatan, transformasi SDM kesehatan, serta transformasi teknologi kesehatan.[319] Namun demikian, dinamika yang terjadi selama proses transformasi ini tidak lepas dari tantangan implementasi di lapangan. Restrukturisasi organisasi Kementerian Kesehatan, misalnya, membutuhkan adaptasi cepat dari seluruh jajaran. Namun, langkah ini diyakini sebagai kebutuhan mendesak untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan nasional.

318 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024.

319 *Ibid*.



Gambar 4.5: Linimasa Penyusunan RUU Kesehatan

Selain memperbaiki tata kelola Kementerian Kesehatan, reformasi sektor kesehatan juga dilakukan melalui perancangan undang-undang kesehatan (RUU Kesehatan) yang kemudian disahkan menjadi Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 pada 11 Juli 2023.[320] Pengadaan RUU tersebut juga tidak dapat dilepaskan dari situasi pandemi COVID-19 yang membuat pemerintah semakin menyadari pentingnya restrukturisasi dan reformasi sistem kesehatan. Slogan yang menjadi paradigma penyusunan RUU Kesehatan adalah mengembalikan peran pemerintah atau "*Government to Govern*", yang kerap disampaikan oleh Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin.

RUU Kesehatan setidaknya memiliki 6 tujuan utama sebagai representasi Renstra yang 13/2022, yaitu:

1. Menciptakan layanan kesehatan yang berfokus pada upaya mencegah orang sehat menjadi sakit
2. Mempermudah masyarakat mendapatkan layanan kesehatan berkualitas
3. Meningkatkan ketahanan sistem kesehatan melalui kemandirian produksi sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta mempersiapkan masyarakat menghadapi krisis kesehatan di masa mendatang
4. Meningkatkan efisiensi pembiayaan kesehatan
5. Meningkatkan produksi tenaga medis dan kesehatan berkualitas
6. Mewujudkan digitalisasi sistem kesehatan dan inovasi teknologi kesehatan

Semangat penyusunan RUU Kesehatan juga didasari oleh tanggung jawab

320 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

konstitusional pemerintah untuk menjamin hak warga negara atas pendidikan dan kesehatan sebagaimana tercantum dalam UUD 1945.

> Pasal 31 ayat (1)
> Setiap warga negara berhak mendapat pendidikan
> Pasal 28H ayat (1)
> Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
> Pasal 34 ayat (3) negara berkewajiban
> menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Secara umum, isu besar yang didiskusikan selama pembahasan RUU Kesehatan adalah tanggung jawab pemerintah terhadap sistem kesehatan di Indonesia. Pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab untuk menyediakan sumber daya kesehatan yang adil, merata, dan berkualitas bagi seluruh masyarakat. Dalam penyusunannya, RUU Kesehatan juga dirancang untuk mengubah struktur koordinasi dalam sejumlah pelayanan atau lembaga menjadi lebih sentralistik. Dalam aspek jaminan kesehatan misalnya, BPJS yang semula bertanggung jawab secara langsung kepada Presiden kini harus menyampaikan laporannya kepada Presiden melalui Menteri Kesehatan dan Menteri Ketenagakerjaan. Selain itu, terjadi perubahan pada susunan Dewan Pengawas BPJS. Berdasarkan, UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Dewan Pengawas BPJS terdiri dari 2 orang dari unsur pemerintah (Kementerian Ketenagakerjaan atau Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Keuangan), 2 orang unsur pemberi kerja, 2 unsur pekerja dan 1 dari unsur tokoh masyarakat. Sementara merujuk pada RUU Kesehatan, Dewan Pengawas BPJS terdiri dari 2 orang dari Kementerian Ketenagakerjaan, 2 orang dari Kementerian Keuangan, 1 orang unsur pekerja, 1 dari unsur pemberi kerja dan 1 orang dari unsur tokoh masyarakat. Dari contoh tersebut, tampak adanya penguatan unsur pemerintah (pusat).

Selain itu juga dilakukan penyederhanaan birokrasi dalam sektor kesehatan. Hal ini terlihat jelas dalam aspek penerbitan izin praktek dokter yang kini tidak memerlukan rekomendasi Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Surat Izin Praktik (SIP) dapat dikeluarkan hanya dengan dua syarat utama, yakni Surat Tanda Registrasi (STR) dan adanya tempat praktik. Kebijakan tersebut memotong birokrasi yang berbelit-belit dalam penerbitan izin praktik dokter. Meskipun muncul protes dari IDI, namun pemotongan birokrasi tersebut berdampak positif pada peningkatan

karier dokter sekaligus peningkatan jumlah dokter di Indonesia.[321]

Muncul berbagai pandangan yang kontra terhadap penyusunan rancangan undang-undang tersebut. Salah satu pandangan yang kontra menganggap RUU memberikan kewenangan yang berlebihan pada Kementerian Kesehatan, tidak memperhatikan insentif tenaga kesehatan yang telah berjuang dalam penanganan pandemi, hingga penyusunan rancangan undang-undang yang dianggap tidak transparan, kurang melibatkan partisipasi publik, dan tidak cukup penting karena harus menanggalkan sejumlah undang-undang yang telah ada. Kritik lainnya yang cukup kuat adalah masalah sentralisme RUU, yang tercermin dari besarnya andil Kementerian Kesehatan dalam mengatur seluruh aspek sektor kesehatan dari hulu sampai hilir.[322] Secara umum, karakteristik RUU Kesehatan memang menunjukkan upaya untuk mengembalikan urusan-urusan kesehatan kepada pemerintah pusat atau sentralisasi. Tentu saja hal ini cukup berbeda dari tahun-tahun sebelumnya dimana desentralisasi menjadi akar penopang dari kebijakan kesehatan di Indonesia. Namun, adanya sentralisasi kebijakan kesehatan yang tercermin melalui RUU Kesehatan tidak menafikan peran pemerintah daerah, masyarakat, ataupun pihak swasta untuk membuat sektor kesehatan hadir sebagai sektor yang demokratis.

2. Pilar 1: Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer

a. Penguatan Promotif dan Preventif

Masalah utama dalam strategi kesehatan di Indonesia diidentifikasi sebagai kebutuhan untuk menjaga masyarakat tetap sehat, bukan hanya mengobati mereka yang sudah sakit. Kenyataan bahwa saat ini 80% dari fokus Kementerian Kesehatan dan anggaran kesehatan masih banyak diarahkan pada kegiatan kuratif seperti mengobati orang-orang yang sakit. Lebih dari itu, seharusnya upaya utama adalah menjaga agar masyarakat tetap sehat, karena langkah ini lebih murah dan dapat meningkatkan kualitas hidup. Tantangan terbesar yang dihadapi adalah mengubah paradigma dari pengobatan kepada upaya mempertahankan kesehatan. Fokus pada aspek promotif-preventif di puskesmas, posyandu, dan tenaga kesehatan di lapangan, termasuk bidan, perawat, dan dokter puskesmas, dianggap penting untuk menjaga kesehatan masyarakat secara preventif.[323]

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) berfokus pada transformasi kesehatan dengan memperkuat layanan pencegahan atau promotif

321 *Kompas*, edisi 1 Maret 2023.
322 *Tempo*, edisi 28 Mei 2023.
323 Wawancara Khusus Harian Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang. Lihat di: *Kompas*, 8 Oktober 2024.

> *"Ini juga yang jadi tantangan terbesar kita, yakni mengubah paradigma dari mengobati orang sakit menjadi bergeser menjaga orang tetap hidup sehat. Aspek promotif-preventif perlu fokus dilakukan di puskesmas, posyandu, bidang, perawat, dokter yang ada di puskesmas. Strategi menjaga kesehatan masyarakat tetap sehat pada preventif (pencegahan)"* (Menteri Kesehatan RI Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si., CHFC., CLU., 2020 - Sekarang)

preventif, yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menyatakan bahwa puskesmas, posyandu, dan fasilitas kesehatan lainnya akan diperkuat untuk menyediakan layanan edukasi dan pencegahan. Salah satu upaya pencegahan yang ditekankan adalah pemeriksaan kesehatan rutin, khususnya untuk penyakit stroke, jantung, dan kanker, agar bisa dicegah sejak dini. Layanan promotif dan preventif kini melayani semua usia, mulai dari balita, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia, berbeda dengan era-era sebelumnya yang cenderung memprioritaskan pada layanan kesehatan ibu dan anak, sementara layanan lainnya cenderung terabaikan.[324] Selain itu, intruksi Presiden Joko Widodo agar infrastruktur layanan kesehatan primer segera disiapkan untuk mendukung bonus demografi yang diharapkan dapat mendorong Indonesia menuju status negara maju dan tercapainya visi Indonesia Emas.[325]

Selain penguatan promotif dan preventif pada fasilitas pelayanan kesehatan primer, Kementerian Kesehatan juga menerapkan regulasi terkait gula, garam, dan lemak (GGL), meskipun terdapat banyak tantangan dalam implementasinya. Contohnya, kadar gula dalam minuman ringan seperti Coca-Cola di Indonesia lebih tinggi dibandingkan di Singapura, sementara industri berupaya keras menolak regulasi yang bertujuan menurunkan kadar gula tersebut, karena kekhawatiran akan mempengaruhi minat konsumen yang terbiasa dengan rasa manis.

Selain itu, untuk promotif dan preventif, Pemerintah juga berencana menerapkan sistem penanda pada makanan, seperti warna merah untuk

324 Wawancara Khusus Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang. Diakses melalui : https://www.youtube.com/watch?v=_Hvogz2OBbM

325 "Transformasi Kesehatan, Menkes: Pemerintah Fokuskan Layanan Berbasis Pencegahan" Diakses melalui: https://setkab.go.id/transformasi-kesehatan-menkes-pemerintah-fokuskan-layanan-berbasis-pencegahan/

kadar gula atau lemak yang tinggi, untuk membantu konsumen membuat pilihan yang lebih sehat, namun implementasinya menemui tantangan besar. Perjuangan serupa dihadapi terkait regulasi rokok, yang hingga kini masih terus diperjuangkan. Pemerintah dianggap perlu bersatu dalam menyadari bahwa kebijakan promotif, preventif, dan skrining adalah dasar bagi pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.Edukasi dan regulasi yang ketat dianggap penting agar masyarakat dapat lebih sehat dan terhindar dari penyakit, mengingat biaya pengobatan yang mahal. Industri cenderung khawatir jika produk mereka tidak laku karena adanya kebijakan promotif, preventif, dan skrining yang semakin diperketat. Pendekatan ini dilihat sebagai bagian utama dari "puzzle" dalam menjaga kesehatan masyarakat, dengan fokus untuk mencegah penyakit sejak dini melalui upaya edukasi dan peraturan yang mendukung.[326]

b. Pencapaian Usia Harapan Hidup

Ukuran kesehatan seseorang diakui paling mudah dilihat dari panjangnya usia dan kondisi fisik yang tidak sering sakit-sakitan. Di Indonesia, usia harapan hidup rata-rata tercatat 72 tahun, lebih rendah dibandingkan negara tetangga seperti Malaysia yang mencapai 76 tahun dan Singapura dengan 84 tahun. Tugas utama Kementerian Kesehatan adalah memastikan masyarakat Indonesia dapat hidup sehat, sebuah tantangan besar yang harus dicapai. Tidak hanya panjang umur yang diharapkan, tetapi juga tercapainya kesehatan yang menyeluruh, baik fisik maupun mental, sesuai dengan visi *"live long and live well"* atau hidup panjang dan sehat. Dengan bertambahnya angka lansia di Indonesia, yang menandakan telah memasuki era *"aging population,"* layanan di puskesmas telah diperluas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan warga lanjut usia. Layanan tambahan ini mencakup skrining kanker, kebugaran, penanganan osteoporosis, dan perawatan gigi berlubang.[327]

c. Penguatan Skrining Kesehatan

Menteri Kesehatan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU., mendorong perubahan paradigma kesehatan dari pengobatan setelah sakit menuju pendekatan promotif dan preventif, agar masyarakat terhindar dari biaya pengobatan mahal untuk penyakit seperti diabetes atau jantung, yang dapat dicegah dengan skrining dini. Anggaran Kementerian Kesehatan pun diarahkan untuk meningkatkan kapasitas puskesmas dalam mendeteksi penyakit infeksi

326 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang, pada 8 Oktober 2024.

327 Wawancara khusus Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - Sekarang. Lihat di: *Kompas*, 8 Oktober 2024.

dan tidak menular, sehingga pengobatan dapat dilakukan lebih cepat. Peralatan modern seperti USG telah tersedia di puskesmas untuk menggantikan metode tradisional dalam pemeriksaan ibu hamil serta berguna untuk deteksi kanker payudara dan penyakit lainnya. Ke depan, radiologi direncanakan menjadi bagian dari puskesmas untuk memperkuat skrining.[328]

Pada program skrining juga dikuatkan dengan melengkapi alat antropometri di posyandu yang terstandar untuk mengukur tinggi dan berat anak sebagai bagian dari deteksi stunting. Sebanyak 1,5 juta kader posyandu telah dilatih untuk menggunakan alat tersebut. Skrining lebih luas dilakukan melalui distribusi alat USG ke 10.000 puskesmas, yang sebelumnya hanya tersedia di 2.000 puskesmas. Alat ini digunakan untuk memantau kesehatan bayi dalam kandungan dan ibu hamil, serta mendukung skrining kanker payudara. Skrining kanker serviks juga dilakukan dengan memanfaatkan mesin PCR yang sudah tersebar, dan deteksi dini penyakit tidak menular, seperti stroke, jantung, dan kanker, dilakukan melalui pemeriksaan tekanan darah, gula darah, dan lemak darah. Peralatan rumah sakit di kabupaten, kota, dan provinsi pun dilengkapi untuk mendukung upaya ini.[329]

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan juga memprioritaskan layanan kanker sebagai bagian dari transformasi kesehatan, dengan target menyediakan layanan kanker di 514 kabupaten/kota. Selain layanan kuratif, fokus juga diberikan pada upaya preventif seperti skrining dan deteksi dini kanker yang didanai oleh BPJS melalui alokasi Rp9 triliun. Untuk mendukung deteksi dini kanker payudara, 10.000 mesin ultrasound akan dibagikan ke puskesmas di seluruh Indonesia, dan vaksin HPV diberikan gratis bagi anak perempuan kelas 5 dan 6 SD untuk mencegah kanker serviks.[330]

Salah satu inovasi dalam pengembangan JKN adalah perluasan cakupan skrining dari 6 jenis penyakit menjadi 14 jenis penyakit di fasilitas kesehatan primer. Screening ini ditargetkan pada penyakit-penyakit yang terbukti menjadi penyebab utama kematian serta penyumbang biaya kesehatan tertinggi. Ketentuan terkait hal ini telah diatur dalam Peraturan Presiden nomor 59 tahun 2024, Permenkes nomor 3 tahun 2023, serta Kepmenkes nomor 2090 tahun 2024. Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 menjelaskan lebih lanjut mengenai pelaksanaan teknis screening di fasilitas kesehatan primer, sedangkan Kepmenkes Nomor 2090 Tahun 2024 memberikan pedoman operasional tambahan bagi fasilitas

328 *Ibid*.

329 Wawancara Khusus Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang. Diakses melalui : https://www.youtube.com/watch?v=_Hvogz2OBbM

330 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230522/2543044/cegah-kanker-pemerintah-gencarkan-program-promotif-dan-preventif/

kesehatan dalam menerapkan kebijakan baru ini. Dengan implementasi regulasi-regulasi tersebut, diharapkan program JKN dapat berjalan lebih efektif dalam menangani masalah kesehatan masyarakat, khususnya dalam hal deteksi dini penyakit, serta memberikan perlindungan kesehatan yang lebih baik bagi para pesertanya.

d. Revitalisasi dan Standarisasi Puskesmas

Transformasi kesehatan di Indonesia kini mengadopsi pendekatan berbasis siklus hidup, dengan fokus utama pada penguatan pelayanan kesehatan primer melalui puskesmas. Sebagai bagian dari upaya transformasi layanan primer, Menteri Kesehatan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU melakukan revitalisasi dan standarisasi fasilitas kesehatan yang difokuskan pada 80.000 puskesmas, 85.000 puskesmas pembantu, dan 300.000 posyandu. Proses revitalisasi tersebut meliputi standarisasi layanan, yang kini tidak hanya berfokus pada ibu hamil dan anak balita, tetapi juga mencakup anak-anak hingga usia 18 tahun, remaja, dewasa, dan lansia. Semua layanan direncanakan untuk didigitalisasi, sehingga kebutuhan akan koneksi internet menjadi prioritas, terutama untuk 2.700 puskesmas yang saat ini belum terhubung.[331]

Upaya penguatan sistem kesehatan primer dilakukan melalui penerapan standarisasi fasilitas kesehatan primer. Standardisasi ini dirancang untuk menetapkan standar sarana alat kesehatan, sumber daya manusia, kefarmasian, dan laboratorium di tingkat pelayanan primer. Selain itu, regulasi ini juga mengatur syarat pendirian dan tata kelola Puskesmas, yang telah direvisi agar Puskesmas di seluruh Indonesia memiliki standar pelayanan yang seragam. Dengan adanya revisi ini, Puskesmas diharapkan dapat beroperasi dengan kualitas yang lebih baik dibandingkan sebelumnya, memastikan akses layanan kesehatan yang merata dan berkualitas di seluruh wilayah.

Standarisasi fasilitas kesehatan primer merupakan bagian penting dari transformasi sistem kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan bagi masyarakat. Dengan diterapkannya standarisasi, diharapkan setiap Puskesmas dapat memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan memberikan layanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 merupakan pedoman untuk meningkatkan pelayanan promotif dan preventif di fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk penekanan pada integrasi pelayanan dan penguatan upaya edukasi serta akses layanan. Implementasi regulasi ini akan diawasi

331 Wawancara khusus dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - Sekarang. Lihat di: *Kompas*, 8 Oktober 2024.

ketat oleh Kementerian Kesehatan melalui evaluasi berkala terhadap kinerja Puskesmas. Pengawasan yang ketat diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan primer secara signifikan.

Dengan standarisasi ini, Puskesmas diharapkan tidak hanya dapat memberikan layanan yang berkualitas, tetapi juga menjangkau seluruh lapisan masyarakat secara efektif. Hal ini sejalan dengan upaya pemerintah untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dan memastikan semua warga negara mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan yang layak dan berkualitas.

e. Revitalisasi dan Penguatan Posyandu Prima

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menekankan bahwa untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat, Posyandu diharapkan menjadi garda terdepan dalam upaya promotif dan preventif kesehatan masyarakat, dengan memberikan layanan yang lebih berkualitas dan terintegrasi sebagai bagian dari upaya pemerintah mewujudkan Indonesia yang lebih sehat di masa depan. Penguatan Posyandu di era Pasca-Pandemi 2023-2024 menjadi fokus penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia. Posyandu, yang sebelumnya lebih terfokus pada kesehatan ibu dan anak, kini telah bertransformasi untuk melayani seluruh siklus kehidupan, termasuk remaja, dewasa, dan lansia. Transformasi ini sejalan dengan kebijakan integrasi layanan primer yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan terkoordinasi.[332]

Implementasi penguatan Posyandu mencakup peningkatan layanan holistik, seperti pemantauan kesehatan remaja melalui Posbindu dan layanan bagi lansia melalui Posyandu Lansia. Selain itu, kolaborasi lintas sektor yang melibatkan dinas kesehatan, pendidikan, dan sosial sangat penting untuk mendukung tugas-tugas baru Posyandu yang semakin kompleks. Sosialisasi intensif mengenai peran baru Posyandu juga diperlukan agar masyarakat memahami bahwa Posyandu kini berfungsi tidak hanya sebagai tempat pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai pusat pemberdayaan masyarakat. Dengan penguatan ini, diharapkan tercipta sistem pelayanan kesehatan yang lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan seluruh masyarakat, serta meningkatkan kesadaran dan partisipasi aktif dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan.

Kementerian Kesehatan Indonesia telah meluncurkan program revitalisasi dan penguatan Posyandu sebagai komponen kunci dalam transformasi layanan kesehatan primer, dengan target melakukan revitalisasi 300.000 Posyandu di seluruh negeri. Program ini bertujuan meningkatkan kualitas layanan kesehatan

332 *Liputan 6*, 13 April 2023.

di tingkat masyarakat paling dasar, dengan fokus pada penguatan aktivitas promotif dan preventif. Langkah-langkah konkret yang diambil meliputi penyediaan alat antropometri digital untuk standarisasi pengukuran status gizi anak, peningkatan kompetensi kader Posyandu melalui pelatihan komprehensif, perluasan cakupan layanan untuk mencakup seluruh siklus hidup, pengadaan peralatan medis canggih seperti USG, serta digitalisasi sistem pencatatan dan pelaporan.[333]

Deteksi dini juga dilakukan melalui posbindu dan posyandu, yang digunakan untuk mendeteksi penyakit seperti obesitas dan diabetes. Alat pemeriksaan rapid test telah dibagikan di posyandu, sehingga kadar gula darah dapat diperiksa. Jika ditemukan kadar gula darah tinggi, pasien segera dirujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan. Strategi ini terbukti lebih baik dibandingkan pendekatan sebelumnya, karena survei menunjukkan bahwa hingga 300% dari pasien diabetes baru terdeteksi saat tidak bergejala, menunjukkan perlunya langkah-langkah pencegahan yang lebih proaktif.

Selain penguatan posyandu, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin juga menekankan pentingnya penguatan peran kader Posyandu yang diharapkan dapat memperkuat garda terdepan layanan kesehatan di tingkat masyarakat. Kementerian Kesehatan bersama dengan Kementerian Dalam Negeri telah menyepakati 25 kompetensi yang perlu dimiliki oleh kader-kader Posyandu. Program pelatihan sedang dilakukan untuk meningkatkan keterampilan kader dalam mengikuti siklus hidup manusia, dari bayi hingga lansia.[334]

f. Penguatan Cakupan Imunisasi

Dalam upaya preventif, dua kelompok besar tindakan telah ditetapkan, yaitu imunisasi dan skrining. Penguatan cakupan imunisasi menjadi salah satu prioritas dalam transformasi kesehatan yang diinisiasi oleh Kementerian Kesehatan Indonesia. Tiga antigen baru akan ditambahkan pada program imunisasi nasional, yaitu HPV untuk mencegah kanker serviks, PCV untuk mencegah pneumonia, dan rotavirus untuk mencegah diare. Penambahan ini didasari oleh meningkatnya kasus kanker serviks yang menjadi penyebab kematian nomor dua terbesar pada perempuan di Indonesia, serta tingginya angka kematian balita akibat infeksi pneumonia dan diare.[335]

Program imunisasi pun diperluas dari 11 atau 12 menjadi 14 vaksin dasar,

333 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20241010/3446572/jaga-kesehatan-dengan-imunisasi-dan-skrining/

334 https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/ayo-sehat-festival-2024-sehat-itu-gampang

335 Wawancara dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - Sekarang. Lihat di: *Kompas*, 8 Oktober 2024.

termasuk vaksin HPV untuk mencegah kanker serviks pada anak perempuan dan vaksin rotavirus untuk mengurangi kematian anak akibat diare. Pemerintah juga merencanakan vaksinasi untuk penyakit demam berdarah (DHF) dan lainnya, dengan asumsi bahwa vaksinasi jauh lebih ekonomis daripada pengobatan penyakit yang sudah berkembang.[336]

Untuk mendukung program ini, pemerintah telah melakukan revitalisasi infrastruktur kesehatan, standarisasi layanan, dan digitalisasi sistem pencatatan. Penguatan sumber daya manusia melalui pelatihan kader dan tenaga kesehatan juga menjadi fokus utama. Perhatian khusus diberikan pada daerah tertinggal, dengan upaya peningkatan cakupan imunisasi di Daerah Terluar, Terdepan, dan Tertinggal (DTPK). Edukasi masyarakat dan penetapan target regional, seperti di Provinsi Papua, turut menjadi bagian dari strategi komprehensif ini. Pemanfaatan momentum Pekan Imunisasi Dunia juga dilakukan untuk meningkatkan kesadaran publik. Melalui rangkaian inisiatif ini, pemerintah bertujuan untuk mencapai cakupan imunisasi 100%, mencegah Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia secara menyeluruh.[337]

3. Pilar 2: Transformasi Layanan Rujukan

a. Peningkatan Mekanisme Rujukan

Kementerian Kesehatan melaksanakan strategi transformasi kesehatan melalui pemenuhan sarana dan prasarana layanan primer hingga rujukan, termasuk program layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro) dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Upaya ini bertujuan memeratakan akses layanan tanpa antrian panjang atau perjalanan lintas provinsi bagi masyarakat. Transformasi layanan rujukan difokuskan pada peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan di masyarakat. Hal ini dilakukan untuk mendekatkan akses layanan kesehatan, termasuk pengembangan layanan unggulan untuk masyarakat.[338] Penyakit tidak menular, khususnya stroke, jantung, kanker, dan penyakit ginjal, menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia, disertai biaya yang tinggi. Untuk mengatasi masalah ini, rumah sakit kemudian dibagi menjadi tiga tingkat pelayanan: Madya, Utama, dan Paripurna. Pada tingkat Madya, semua 514 kabupaten/kota akan menerima dukungan alat medis seperti

336 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan 2022 - Sekarang pada 8 Oktober 2024

337 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20241010/3446572/jaga-kesehatan-dengan-imunisasi-dan-skrining/

338 https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/05/11/perluas-peran-dalam-peningkatan-kapasitas-layanan-kesehatan

CT scan, kemoterapi, cath lab, dan endourology.

Rumah sakit tingkat madya ditetapkan untuk menangani kondisi darurat yang tidak bisa ditunda, seperti fasilitas cath lab untuk stroke dan peralatan kemoterapi. Kebijakan ini mengharuskan setiap kabupaten/kota yang berjumlah 514 untuk memiliki setidaknya satu rumah sakit dengan fasilitas tersebut agar pasien tidak perlu pergi ke provinsi untuk mendapatkan perawatan kritis. Di tingkat provinsi, rumah sakit utama harus mampu melakukan prosedur lebih canggih, seperti bedah jantung terbuka, kliping untuk stroke, serta prosedur invasif lainnya. Rumah sakit paripurna, termasuk rumah sakit Kementerian Kesehatan, diperuntukkan bagi kasus-kasus berat seperti kanker stadium lanjut dan berfungsi sebagai pusat rujukan nasional.[339]

Kemudian 38 provinsi pada tingkat utama akan dialokasikan peralatan lebih canggih seperti MRI dan fasilitas untuk bedah jantung terbuka. Pada tingkat Paripurna, rumah sakit regional akan dilengkapi dengan teknologi untuk menangani kasus kompleks, termasuk penggunaan PET scan untuk kanker, yang saat ini hanya tersedia dua unit di Indonesia untuk 273 juta penduduk. Penyediaan alat ini diharapkan dapat meningkatkan diagnosis dan penanganan kanker secara efektif di rumah sakit paripurna yang berfungsi sebagai pusat rujukan.

Perubahan SK untuk pelayanan kesehatan rujukan dilakukan untuk menentukan rumah sakit mana yang akan dikembangkan sebagai pusat penanganan untuk kanker, jantung, stroke, dan neurologi di setiap kabupaten/kota, dengan memperhatikan ketersediaan fasilitas dan tenaga medis. Beberapa rumah sakit yang awalnya direncanakan sebagai pusat penanganan diubah jika ternyata tenaga medis lebih tersedia di rumah sakit lain di wilayah tersebut. Tujuan utama dari kebijakan ini adalah memastikan setiap kabupaten/kota memiliki rumah sakit tingkat madya yang mampu menangani kasus-kasus darurat dan setiap provinsi memiliki rumah sakit tingkat utama untuk perawatan yang lebih kompleks. Perubahan SK hanya merupakan penyesuaian teknis dan tidak mengubah tujuan strategis yang sudah ditetapkan.[340]

b. Peningkatan Kualitas dan Pemerataan Aksesibilitas Rumah Sakit

Akses kesehatan di daerah terpencil diwajibkan melalui Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, yang mewajibkan pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan

339 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan 2022 - Sekarang pada 8 Oktober 2024

340 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan 2022 - Sekarang pada 8 Oktober 2024

layanan kesehatan di seluruh Indonesia, termasuk di wilayah tertinggal, perbatasan, kepulauan, kawasan hutan, dan komunitas adat yang berada di lokasi terpencil. Salah satu upaya pemerataan yang dilakukan adalah dengan pelayanan kesehatan bergerak yang dirancang untuk menjangkau masyarakat di daerah sulit melalui puskesmas keliling, baik dalam bentuk kendaraan maupun kapal-kapal yang bersandar di wilayah kepulauan. Pelayanan kesehatan gugus pulau juga dilaksanakan dengan menggunakan bus pas apung di beberapa daerah kepulauan.[341]

Diterbitkannya Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan yang mengatur standar mutu pelayanan melalui Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), mencakup 12 kriteria untuk ruang rawat inap. Kriteria tersebut mengharuskan fasilitas memiliki bangunan dengan tingkat porositas rendah, ventilasi dan pencahayaan yang memadai, kelengkapan tempat tidur, pengaturan temperatur, serta pemisahan ruang berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit pasien. Standar juga mencakup kepadatan ruang, partisi antar tempat tidur, kamar mandi accessible, dan outlet oksigen. Perpres ini memberi hak bagi peserta JKN untuk meningkatkan kelas perawatan melalui asuransi tambahan atau dengan membayar selisih biaya, kecuali bagi peserta PBI dan PBPU dengan kelas III. Implementasi penuh KRIS di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan diharapkan terlaksana selambat-lambatnya pada 30 Juni 2025, dengan opsi pelaksanaan bertahap sesuai kemampuan rumah sakit.[342]

c. Kerjasama Lintas Negara Untuk Layanan Unggulan Global

Kolaborasi dengan rumah sakit internasional terus dilakukan di hampir semua rumah sakit vertikal di Indonesia. Di Rumah Sakit Kanker Dharmais, misalnya, kolaborasi rutin dijalankan dengan MD Anderson di Amerika, yang merupakan salah satu pusat kanker terbaik di dunia. Kolaborasi juga dilakukan oleh rumah sakit jantung dengan rumah sakit di Jepang serta UCLA di Amerika untuk meningkatkan kualitas layanan jantung. Begitu pula, berbagai rumah sakit vertikal lainnya, termasuk rumah sakit pulmonologi dan kejiwaan, sudah menjalin kerja sama dengan rumah sakit internasional. Setiap dua minggu, rapat kerja sama internasional ini dipantau secara langsung oleh Kementerian Kesehatan untuk memastikan efektivitas kolaborasi tersebut.

Kolaborasi internasional dalam meningkatkan mutu layanan rujukan, beberapa RS telah menjalin kerjasama dengan berbagai institusi medis

341 Wawancara dengan Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D., Wakil Menteri Kesehatan 2020 - sekarang pada 3 Oktober 2024.

342 Diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/4100739/jokowi-terbitkan-perpres-atur-standar-layanan-rawat-inap

> *"Kolaborasi dengan rumah sakit internasional terus kita lakukan, hampir di semua rumah sakit vertikal sudah melakukan kolaborasi dengan rumah sakit rumah sakit kelas dunia, misalnya saya ambil contoh di rumah sakit kanker dharmais itu sudah melakukan secara rutin kolaborasi dengan MD Anderson di Amerika, salah satu pusat kanker terbaik di dunia. Kemudian rumah sakit jantung, juga juga melakukan kolaborasi dengan rumah sakit di Jepang, juga melakukan kolaborasi dengan rumah sakit terbaik UCLA di amerika untuk penanganan dan evaluasi tentang peningkatan kualitas layanan jantung yang lebih baik."* (Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D. Wakil Menteri Kesehatan RI 2020 - Sekarang)

terkemuka di dunia. Kolaborasi ini menjadi jembatan penting untuk transfer teknologi, pelatihan tenaga medis, dan peningkatan kualitas layanan kesehatan. Tidak hanya bertujuan untuk memperkenalkan teknologi canggih dan metode pengobatan terbaru, tetapi juga untuk memastikan bahwa pasien di Indonesia mendapatkan akses ke perawatan berkualitas tinggi tanpa harus pergi ke luar negeri.

Program kerja sama antara rumah sakit di Indonesia dan berbagai rumah sakit luar negeri hingga tahun 2023 mencakup kolaborasi di bidang kesehatan seperti kanker, jantung, diabetes, dan kesehatan mental. Kerja sama ini bertujuan untuk meningkatkan layanan kesehatan di Indonesia melalui transfer teknologi, pelatihan, dan peningkatan kualitas pelayanan medis. Berikut adalah beberapa rumah sakit luar negeri yang telah menjalin kerja sama dengan rumah sakit di Indonesia:

a. Amerika Serikat:
   - MD Anderson Cancer Center bekerja sama dengan RS Kanker Dharmais dalam bidang kanker.
   - UCLA Medical Center bekerja sama dengan RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam transplantasi jantung.
   - Boston Children Hospital bekerja sama dengan RSAB Harapan Kita dalam jantung anak.
   - Joslin Diabetes Center bekerja sama dengan RSCM dalam penanganan diabetes.
   - Sun Medical Center bekerja sama dengan RS Prof. Ngoerah untuk medical check-up dan kecantikan.

b. Korea:

- Seoul University Hospital bekerja sama dengan RS Fatmawati dalam transplantasi ginjal.
- National Cancer Center berkolaborasi dengan RS Kanker Dharmais untuk kanker.
- Yongin Mental Hospital bekerja sama dengan RSJ dr. Soeharto Heerdjan dalam bidang kesehatan jiwa.

c. Jerman:
   - University Clinic Carl Gustav Dresden bekerja sama dengan RSUP dr. Moh. Hoesin dalam bidang kanker.
   - Essen University berkolaborasi dengan RS Mata Cicendo.

d. Spanyol:
   - Institut Català d'Oncologia bekerja sama dengan RSUP dr. Kariadi dalam bidang kanker.

e. Jepang:
   - Medipolis Proton Beam berkolaborasi dengan RS Kanker Dharmais untuk kanker.

f. India:
   - Apollo Hospital bekerja sama dengan RS PON dalam bidang saraf.

Kerja sama ini sejalan dengan semangat transformasi kesehatan di Indonesia yang melibatkan enam pilar utama: transformasi layanan primer dan sekunder, ketahanan sistem kesehatan, pembiayaan, talenta, dan teknologi kesehatan. Transformasi ini juga mencakup peningkatan infrastruktur kesehatan, inovasi pelayanan, dan pengembangan teknologi kesehatan; untuk mendukung tujuan pembangunan berkelanjutan.

d. Layanan yang Berfokus Pada Penyakit dengan Kematian Tertinggi dan Berbiaya Tinggi

Kebijakan KJSU-KIA (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak) merupakan respons terhadap pergeseran pola penyakit dari infeksi ke penyakit tidak menular (PTM). Lima penyakit utama ini diprioritaskan karena menjadi penyebab kematian tertinggi dan membutuhkan biaya perawatan yang besar. Program KJSU-KIA kemudian diperluas mencakup 10 penyakit prioritas, termasuk diabetes mellitus (DM) dan tuberkulosis (TB). Implementasi kebijakan ini melibatkan klasifikasi rumah sakit menjadi tiga kategori: madya, utama, dan paripurna, untuk mengoptimalkan pelayanan. Meskipun demikian, tantangan utama dalam implementasi kebijakan ini adalah mengubah pola pikir di tingkat daerah, yang seringkali resisten terhadap perubahan. Hal ini menjadi hambatan

dalam meyakinkan pemerintah daerah untuk mengadopsi dan menerapkan pendekatan baru ini secara efektif.[343]

Penguatan pelayanan kesehatan primer dan sekunder menjadi fokus, terutama di bawah Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin saat ini yang berfokus pada intervensi berdasarkan data yang dianggap penting, termasuk KJSU-KIA (Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi) yang sedang menjadi fokus transformasi. Penguatan kepercayaan publik dan branding rumah sakit juga diperkuat. Pendekatan ini berbeda dari sebelumnya, di mana program KIA dan penurunan angka kematian ibu dan anak diprioritaskan melalui puskesmas dan rumah sakit PONED. [344]

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memperluas fokusnya tidak hanya pada rumah sakit vertikal atau pemerintah, tetapi juga pada rumah sakit swasta, yang jumlahnya hampir sama banyaknya. Kolaborasi antara rumah sakit daerah dan swasta terus dilakukan melalui pemetaan fasilitas kesehatan. Misalnya, jika rumah sakit daerah tidak memiliki *cath lab*, program penanganan aritmia dapat dikembangkan di rumah sakit tersebut, sementara *cath lab* dikelola oleh rumah sakit swasta.

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menekankan pentingnya pemerataan layanan kesehatan untuk penyakit-penyakit prioritas seperti kanker, jantung, dan stroke. Namun, layanan jantung sesuai kompetensi belum merata di Indonesia. Dari data Kemenkes per Januari 2022, hanya ada 40 RS Pemerintah yang mampu melayani *cath lab* dan hanya 10 RS yang mampu melakukan bedah jantung terbuka.[345] Upaya penguatan layanan ini dilakukan dengan menyediakan peralatan kesehatan canggih di seluruh RSUD yang tersebar di 514 kabupaten/kota. Tujuannya adalah untuk memastikan akses yang lebih merata terhadap layanan kesehatan jantung di seluruh Indonesia agar rumah sakit pemerintah dapat memberikan layanan kateterisasi atau pemasangan ring jantung. Salah satu alat penting yang disediakan adalah *Catheterization Laboratory* (Cath Lab), yang memiliki peran krusial dalam menangani penyakit yang menjadi penyebab utama kematian di Indonesia seperti stroke dan kanker.

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin telah mengeluarkan kebijakan untuk meningkatkan pengadaan dan pemerataan *cath lab* di Indonesia sebagai bagian dari pilar kedua transformasi kesehatan yaitu pelayanan rujukan di rumah

343 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan 2022 - Sekarang pada 8 Oktober 2024.

344 Wawancara dengan drg. Oscar Primadi, MPH, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI Periode 2018-2021, pada 18 Juni 2024.

345 https://www.liputan6.com/health/read/5491605/capaian-transformasi-kesehatan-menkes-budi-gunadi-sadikin-sepanjang-2023?page=2

sakit. Hal ini merupakan bagian dari strategi komprehensif untuk menangani penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Jika pada tahun 2022 Indonesia hanya memiliki 44 *cath lab*, pada Juni 2024 jumlahnya telah meningkat pesat menjadi 244 unit.[346] Menteri Kesehatan menargetkan 50 persen kabupaten/kota sebelum 2025 dan 100 persen sebelum 2027 memiliki minimal 1 RS tingkat madya.[347] Hal ini menunjukkan upaya serius pemerintah dalam memperluas akses layanan kesehatan jantung. Meskipun terjadi peningkatan jumlah *cath lab*, masih ada tantangan dalam hal ketersediaan dokter spesialis yang kompeten. Dari 244 *cath lab* yang tersedia, saat ini hanya ada 100 dokter spesialis yang berkompeten dalam mengoperasikan alat tersebut.[348]

Kebijakan pengadaan *cath lab* ini merupakan bagian integral dari upaya transformasi kesehatan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan di bawah kepemimpinan Budi Gunadi Sadikin. Tujuan utamanya adalah meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama untuk penyakit-penyakit prioritas seperti jantung, di seluruh wilayah Indonesia. Menteri Kesehatan menyatakan bahwa keberadaan alat-alat canggih ini harus didukung oleh keberadaan dokter spesialis dan tenaga kesehatan yang terampil, guna memastikan pelayanan kesehatan berjalan optimal.[349]

e. Kebijakan RS-PPU dalam Pendidikan *Hospital-based*

Kebijakan berbasis rumah sakit untuk distribusi dan pelatihan tenaga kesehatan kini dirancang dengan pendekatan yang lebih komprehensif. Terinspirasi dari sistem di beberapa negara lain, kebijakan ini mencakup konsep dokter layanan primer atau *family doctor* untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer. Pendekatan berbasis rumah sakit ini dianggap sesuai dengan kebutuhan tenaga kesehatan saat ini, meskipun pelaksanaannya masih dalam tahap persiapan. Sambil menunggu implementasi, ada pula usulan untuk mengundang tenaga medis asing yang akan ditempatkan di daerah terpencil dan sangat terpencil (DTPK), bukan di kota besar.[350]

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menciptakan kerangka hukum

346 https://www.uph.edu/id/2024/06/25/menkes-budi-sadikin-ajak-mahasiswa-uph-untuk-berperan-dalam-kesehatan-masyarakat/

347 https://www.liputan6.com/health/read/5491605/capaian-transformasi-kesehatan-menkes-budi-gunadi-sadikin-sepanjang-2023?page=2

348 https://www.uph.edu/id/2024/06/25/menkes-budi-sadikin-ajak-mahasiswa-uph-untuk-berperan-dalam-kesehatan-masyarakat/

349 https://www.uph.edu/id/2024/06/25/menkes-budi-sadikin-ajak-mahasiswa-uph-untuk-berperan-dalam-kesehatan-masyarakat/

350 Wawancara dengan drg. Usman Sumantri, M.Sc., Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2014-2019, pada 7 Agustus 2024.

yang komprehensif untuk mendukung implementasi pendidikan berbasis rumah sakit (hospital-based education), dengan tetap memperhatikan kualitas pelayanan kesehatan dan kesejahteraan semua pihak yang terlibat. Undang-Undang ini membuka peluang baru dalam penyelenggaraan pendidikan profesi kesehatan di Indonesia, khususnya untuk program spesialis dan subspesialis. Undang-undang ini memungkinkan rumah sakit pendidikan untuk menjadi penyelenggara utama program tersebut, dengan syarat berkolaborasi erat dengan perguruan tinggi, Kementerian Pendidikan, Kementerian Kesehatan, serta melibatkan peran aktif kolegium. Hal ini mencerminkan pendekatan yang lebih terintegrasi dan komprehensif dalam pendidikan kesehatan. Sejalan dengan perubahan ini, UU tersebut juga menetapkan kewajiban-kewajiban baru bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituntut untuk menyediakan akses yang luas tidak hanya untuk pelayanan kesehatan, tetapi juga untuk kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang kesehatan. Kewajiban ini diperluas dengan keharusan menyelenggarakan sistem rekam medis yang baik, melaporkan hasil kegiatan secara teratur, serta mengintegrasikan aspek pelayanan dan pendidikan sebagai strategi untuk mengatasi permasalahan kesehatan di tingkat daerah.[351]

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 membuka peluang bagi Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU) untuk menjadi penyelenggara utama pendidikan tinggi tenaga medis dan kesehatan spesialis serta subspesialis, dengan syarat bekerja sama dengan perguruan tinggi. Peraturan ini menegaskan fungsi rumah sakit pendidikan sebagai wadah terpadu yang menggabungkan aspek pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kompetensi tenaga medis dan menyediakan lingkungan pendidikan yang berkesinambungan. PP No. 28 Tahun 2024 ini menciptakan kerangka hukum yang komprehensif untuk mendukung pengembangan pendidikan kedokteran berbasis rumah sakit di Indonesia dengan tetap memperhatikan aspek kualitas, keamanan, dan perlindungan hukum bagi semua pemangku kepentingan.[352]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2024 menetapkan standar komprehensif untuk Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RS-PPU) dalam mengimplementasikan konsep *hospital based*.[353] Peran utamanya adalah sebagai *center of excellence* dengan mengintegrasikan pelayanan

351 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
352 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
353 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2024 Tentang Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama.

kesehatan, pendidikan kedokteran, dan penelitian dalam satu sistem. Ini mencakup penyediaan dosen pendidik klinis untuk membimbing mahasiswa, menghasilkan tenaga kesehatan profesional, dan meningkatkan mutu pelayanan serta keselamatan pasien. RS-PPU juga bertanggung jawab atas jejaring pelayanan rujukan, pembinaan fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan tata kelola yang efektif. RS-PPU juga dituntut untuk terus meningkatkan fasilitas peralatan pendidikan sesuai perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, serta memprioritaskan penelitian klinis dan kesehatan. Implementasi ini menekankan pentingnya integrasi antara pelayanan, pendidikan, dan penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan secara berkelanjutan.

f. Transplantasi Organ

Layanan transplantasi organ sangat mempertahankan pelaksanaan berdasarkan alasan kemanusiaan dan harus mendapatkan persetujuan dari pendonor dan/atau ahli waris atau keluarganya, serta non-komersialisasi. Pengaturan tentang praktik transplantasi organ memiliki sejarah panjang namun hingga saat ini tata kelola transplantasi organ ini masih banyak menimbulkan konflik dan memiliki irisan dengan sosio yuridis dan norma yang berlaku.

Pada pengaturan transplantasi organ dengan UU kesehatan sebelumnya masih terdapat pembatasan untuk ketersediaan organ donor. Selain dalam UU tersebut, terdapat beberapa fatwa yang dikeluarkan oleh Majelis Ulama Indonesia (MUI) sehubungan dengan tata cara syar'i praktik transplantasi. Melalui UU nomor 17 tahun 2023, Pemerintah mengupayakan pengintegrasian dan penyempurnaan pengaturan melalui hukum tertinggi dalam tata Kelola kesehatan untuk praktik transplantasi organ.

Sebelum ditetapkannya UU Kesehatan, pengaturan transplantasi organ diatur dalam Permenkes 38 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Transplantasi Organ, PP 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh, dan Kepmenkes HK.01.07/Menkes/139/2021 tentang Komite Transplantasi Nasional yang mengatur tugas, kewenangan, dan pelaksanaan transplantasi organ di Indonesia. Terdapat beberapa issue yang muncul dari ketiga peraturan tersebut, yakni muatan materi tidak adekuat untuk memenuhi dasar pelaksanaan pada sebagian hal yang bersifat prinsip pada layanan kesehatan transplantasi; diperlukan pengaturan terkait dalam upaya penghargaan kepada pendonor atau ahli warisnya, dalam upaya faktor kesesuaian urgensi, prior living donor, distance from donor hospital, dan survival benefit. Serta dapat meningkatkan aspirasi public sebagai pendonor organ dan/atau jaringan tubuh sebagai

kepentingan kemanusiaan dan pemulihan kesehatan.

Substansi dalam UU Kesehatan menjamin tersedianya kerangka hukum dalam pelaksanaan prosedur secara aman dan etis, serta mendorong pengembangan pengobatan dan teknologi baru di bidang transplantasi organ. Berikut adalah beberapa cara di mana hukum mempengaruhi layanan kesehatan di Indonesia:

1. Peningkatan keamanan dan kualitas perawatan
2. Peningkatan akses ke perawatan
3. Pengembangan teknologi dan penelitian medis
4. Pencegahan perdagangan organ tubuh ilegal
5. Regulasi pariwisata medis (pada bab lain dalam UU Kesehatan juga bertujuan mengatur pelayanan kesehatan yang diberikan di Indonesia mampu bersaing dengan negara lain yang diselenggarakan secara aman dan etis. Dengan dua alasan yang melatarbelakangi yaitu WNI Tidak perlu lagi berobat ke luar negeri dan menghilangkan devisa negara, serta potensi wisata medis bagi WNA.

Dampak positif UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan secara umum dapat membantu memastikan hal yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan, termasuk akses pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, serta kualitas pelayanan kesehatan, tidak merugikan kepentingan masyarakat luas dan tenaga kesehatan.

Pada substansi transplantasi organ terdapat kekuatan yuridis yang diatur dalam pengaturan tertinggi melalui UU, sehingga memberikan layanan kesehatan yang lebih pasti. Tak terkecuali bagi pendonor, Pasal 128 poin g UU Kesehatan, penjaminan kesehatan bagi donor hidup juga telah disebutkan. Sisi lain, Indonesia sebagai negara *low-middle income* juga memiliki perlindungan dalam upaya perdagangan organ yang marak terjadi beberapa tahun belakangan.

4. Pilar 3: Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menyoroti ketergantungan Indonesia pada impor alat kesehatan dan bahan baku obat, yang menunjukkan ketergantungan tinggi pada negara maju. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan pada 2021, sekitar 88% transaksi alat kesehatan pada periode 2019-2020 berasal dari impor. Selain itu, pada 2019, 90% bahan baku obat yang digunakan di Indonesia juga diimpor, menurut laporan McKinsey tahun 2020. Namun, langkah-langkah untuk mengurangi ketergantungan ini telah diambil. Produksi dalam negeri bahan baku obat, vaksin, dan alat kesehatan mulai

ditingkatkan secara bertahap. Pada 2022, Indonesia telah berhasil memproduksi 7 dari 10 bahan baku obat yang paling banyak dikonsumsi, termasuk Amlodipine, Candesartan Cilexetil, dan Bisoprolol.

Di bidang vaksin, Indonesia telah memproduksi 7 jenis antigen vaksin, seperti BCG, Difteri, Pertussis, Tetanus, Hepatitis, Influenza, dan Polio. Lima antigen vaksin yang saat ini masih diimpor, yaitu vaksin Measles, Rubella, Polio Injeksi (IPV), HPV, dan Rotavirus, sedang dalam tahap transfer teknologi agar bisa diproduksi di dalam negeri. Selain itu, Indonesia juga telah menguasai teknologi produksi vaksin inactivated virus serta vaksin berbasis mRNA/nucleic acid, yang mencakup pengembangan vaksin COVID-19 produksi dalam negeri, seperti InaVac dan IndoVac.

Pemerintah juga mendorong peningkatan produksi dan penggunaan alat kesehatan dalam negeri, yang ditunjukkan oleh peningkatan jumlah izin edar alat kesehatan dalam negeri yang melonjak 2,3 kali lipat pada 2022 dibandingkan dengan 2019, dari 5.427 menjadi 12.524 izin edar. Transaksi alat kesehatan dalam negeri melalui e-katalog juga meningkat 2,5 kali lipat dari 12% pada 2019-2021 menjadi 30% pada 2022. Hal ini mencerminkan upaya pemerintah untuk meningkatkan kemandirian di sektor kesehatan, baik dalam produksi obat-obatan, vaksin, maupun alat kesehatan, dengan tujuan mengurangi ketergantungan pada impor dan memajukan industri kesehatan dalam negeri.[354]

Pada pilar ketiga transformasi sistem ketahanan kesehatan, sektor farmasi dan alat kesehatan menjadi fokus utama yaitu berfokus pada peningkatan kemandirian sektor farmasi dan alat kesehatan di Indonesia. Ada beberapa poin utama yang menjadi sorotan:

1. Ketergantungan pada Impor
   Selama pandemi COVID-19, Indonesia menghadapi tantangan besar dalam bidang kesehatan, terutama terkait dengan kemandirian dalam produksi obat dan alat kesehatan.
   - Obat dan Bahan Baku: Saat ini, 90% bahan baku obat atau *Active Pharmaceutical Ingredients* (API) masih diimpor. Ini menunjukkan ketergantungan yang sangat tinggi pada impor untuk produksi farmasi lokal. Hal ini menunjukkan ketergantungan yang tinggi pada negara lain untuk memenuhi kebutuhan dasar farmasi
   - Alat Kesehatan: Sebagian besar transaksi alat kesehatan (alkes) pada tahun 2019-2020 juga didominasi oleh produk impor, dengan angka mencapai 88%, termasuk ventilator yang sangat dibutuhkan selama

354 Diakses melalui https://www.liputan6.com/health/read/5491605/capaian-transformasi-kesehatan-menkes-budi-gunadi-sadikin-sepanjang-2023?page=3

pandemi. Ketidakmampuan untuk memproduksi alat-alat canggih ini menjadi tantangan besar bagi sistem kesehatan nasional.

2. Strategi Kemandirian Farmasi
   Untuk mengurangi ketergantungan ini, pemerintah menyusun strategi yang komprehensif di berbagai sektor:
   - Vaksin: Targetnya adalah memproduksi 6 dari 14 jenis antigen vaksin program, dengan penguasaan teknologi terkini seperti *viral vector* dan *nucleic acid-based*.
   - Obat: Pengembangan produksi lokal untuk 6 dari 10 bahan baku obat terbesar serta pemanfaatan bioteknologi seperti derivat plasma. Rencana pengembangan bahan baku obat (BBO) dalam negeri: Beberapa obat yang akan diproduksi di Indonesia mencakup cefixime, amlodipine, candesartan cilexetil, ceftriaxone, bisoprolol, dan lansoprazol. Proses ini melibatkan riset, transfer teknologi, dan pengembangan fasilitas produksi.
   - Alat Kesehatan: Peningkatan produksi dalam negeri untuk 16 dari 19 jenis alat kesehatan dengan nilai dan volume terbesar, termasuk pengembangan alat kesehatan berteknologi tinggi (3 dari 19 alat).
3. Mempercepat Uji Klinis Alat Kesehatan
   Sebagai respons terhadap kelangkaan alat kesehatan, pemerintah mendorong percepatan uji klinis alat kesehatan di perguruan tinggi dan institusi penelitian. Hal ini bertujuan untuk mempercepat pengembangan produk lokal agar dapat segera digunakan dalam penanganan pandemi. Anggaran Riset dan Pengembangan (R&D): Anggaran Indonesia untuk penelitian dan pengembangan masih sangat kecil, hanya 0.2% dari GDP. Ini jauh tertinggal dibandingkan dengan negara lain seperti AS (2.8%) dan Singapura (1.9%). Namun, pemerintah berupaya mendorong kemandirian farmasi di bidang vaksin, obat, dan alat kesehatan hingga 2024 agar terus tumbuh.
4. Prioritas Penggunaan Produk Dalam Negeri
   Indonesia telah mengambil langkah strategis dalam memperkuat sektor kesehatan nasionalnya, khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan. Salah satu program unggulan yang diimplementasikan adalah Prioritas Penggunaan Produk Dalam Negeri. Inisiatif ini mencerminkan komitmen pemerintah untuk membangun kemandirian dan daya saing industri kesehatan lokal. Pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan yang mengutamakan pembelian obat-obatan dan alat kesehatan produksi dalam negeri. Langkah ini tidak hanya bertujuan untuk mendukung produsen

lokal, tetapi juga untuk menjamin ketersediaan produk kesehatan yang berkelanjutan di dalam negeri. Sebagai bagian dari strategi ini, terdapat dorongan kuat untuk meningkatkan penggunaan produk dengan Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) yang tinggi. TKDN menjadi indikator penting dalam menilai kontribusi lokal dalam produksi suatu barang. Produk dengan TKDN tinggi mendapat prioritas dalam pengadaan pemerintah, menciptakan insentif bagi produsen untuk meningkatkan kandungan lokal dalam produk mereka. Langkah ini bertujuan untuk menciptakan ekosistem produk dalam negeri yang lebih kuat dan mandiri[355]. Peraturan Menteri Perindustrian No. 31/2022: Menyusun rencana pengembangan untuk meningkatkan nilai TKDN, termasuk di sektor alat kesehatan.Pemerintah menargetkan bahwa nilai TKDN rata-rata harus mencapai minimal 40% untuk sektor kesehatan. Target ini bertujuan untuk memastikan bahwa produk-produk kesehatan yang digunakan di Indonesia memiliki kandungan lokal yang signifikan. Misalnya, Kementerian Perindustrian menargetkan peningkatan nilai TKDN menjadi 50% pada tahun 2024. Produk dengan nilai TKDN di atas 40% diwajibkan untuk dibeli dalam pengadaan barang dan jasa oleh pemerintah, BUMN, dan BUMD. Selain itu, pemerintah memberikan insentif berupa kemudahan pajak bagi perusahaan yang memproduksi barang dengan kandungan lokal tinggi. Hal ini diharapkan dapat mendorong industri untuk meningkatkan kapasitas produksi dan kualitas produk dalam negeri.[356]

5. *Fix Fundamental* dan *Core Process*

   Ada beberapa langkah fundamental yang diperlukan untuk mencapai kemandirian ini, termasuk:

   Fix Fundamental:

   - Penguatan dan penyesuaian dasar hukum dengan kondisi terkini.
   - Integrasi data, bahan baku, rantai pasok, riset, teknologi, dan sumber daya manusia.
   - Peningkatan penyerapan produk dalam negeri.

   Core Process:

   - Perumusan kerangka utama penyusunan kebijakan berbasis riset
   - Analisa dan evaluasi rencana aksi kemandirian untuk substitusi produk impor
   - Penyusunan skema kerjasama komersial antara peneliti dan industri
   - Penyusunan skema assessment readiness level untuk peningkatan

355 Wawancara dengan drg. Arianti Anaya, MKM, Plt Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2021, pada 3 Oktober 2024.

356 https://soloabadi.com/produk-dalam-negeri-dengan-tkdn-40-wajib-digunakan/

pemanfaatan hasil riset
- Advokasi pemerintah untuk kerja sama bilateral guna mendorong produsen luar negeri melakukan investasi produksi di Indonesia (joint venture).

Langkah-langkah ini menunjukkan komitmen Indonesia untuk meningkatkan produksi dalam negeri dan mengurangi ketergantungan pada impor, yang pada akhirnya bertujuan untuk meningkatkan kemandirian sektor kesehatan nasional. [357]

Pandemi COVID-19 turut memberikan dampak positif dalam percepatan target ini. Beberapa impor alat kesehatan dihentikan karena produksi dalam negeri telah berhasil memenuhi kebutuhan. Dari total 34,5% produk obat yang diimpor, 11,8% diantaranya kini dapat digantikan oleh produk dalam negeri, yang juga diprioritaskan untuk digunakan. Hal ini menjadi sinyal positif bagi ketahanan sektor farmasi nasional yang perlu terus ditingkatkan.[358]

5. Pilar 4: Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan

Penghapusan ketentuan *mandatory spending* dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menandai pergeseran kebijakan besar dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 telah mengamanatkan pemerintah untuk mengalokasikan minimal 5% dari APBN dan 10% dari APBD untuk sektor kesehatan. Kebijakan tersebut dimaksudkan untuk memastikan bahwa anggaran kesehatan selalu diprioritaskan dan kebutuhan layanan kesehatan yang memadai dapat dijamin.

Penghapusan ketentuan ini, memunculkan pertanyaan mendasar tentang komitmen pemerintah dalam menjaga dan meningkatkan layanan kesehatan bagi masyarakat luas. Tanpa adanya alokasi wajib ini, kesehatan bisa kehilangan prioritas di tengah persaingan dengan sektor-sektor lain yang juga membutuhkan anggaran. Penghapusan anggaran wajib kesehatan dapat berdampak langsung pada kualitas layanan kesehatan, terutama di daerah-daerah terpencil, yang selama ini bergantung pada anggaran negara untuk akses layanan dasar. Kebijakan ini juga berpotensi memperbesar kesenjangan

357 Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Kesehatan 2022*, diakses melalui: https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=97A35586DE1DA123!6799&cid=97a35586de1da123&authkey=!AMqGY9ANyR-Ac8U&CT=1728100540930&OR=ItemsView

358 "Transformasi Kesehatan Nasional Lewat Ketahanan Bidang Kefarmasian: Sudah Sejauh Mana Kemandirian Indonesia?" diakses melalui https://itb.ac.id/berita/detail/58673/transformasi-kesehatan-nasional-lewat-ketahanan-bidang-kefarmasian-sudah-sejauh-mana-kemandirian-indonesia

dalam akses pelayanan kesehatan. Sementara kota-kota besar mungkin memiliki kapasitas lebih baik dalam mengakses layanan swasta atau fasilitas kesehatan yang memadai, masyarakat miskin dan daerah terpencil akan menjadi kelompok yang paling rentan terdampak. Pengurangan anggaran di sektor kesehatan dapat memperlambat pembangunan infrastruktur kesehatan, mengurangi program pencegahan penyakit, serta membatasi pelayanan kesehatan dasar yang selama ini disubsidi negara.[359]

Studi dari OECD menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kenaikan angka belanja kesehatan negara dengan kenaikan angka harapan hidup masyarakat. Kenaikan 10% belanja kesehatan akan memberikan 3,5 bulan tambahan Angka Harapan Hidup.[360] Kritikan pedas dilayangkan Partai Demokrat dan PKS, yang menilai bahwa ketentuan *mandatory spending* seharusnya ditingkatkan, bukan dihilangkan, untuk menjaga stabilitas anggaran kesehatan.[361] organisasi masyarakat INDEF (*Institute for Development of Economics and Finance*) pun mengadakan diskusi publik yang menyatakan keprihatinan serupa terhadap kemungkinan dampak kebijakan ini pada sektor kesehatan dan ekonomi.[362] Mereka berpendapat bahwa komitmen pemerintah untuk memprioritaskan sektor kesehatan harus tetap diutamakan agar kualitas dan akses layanan tetap terjaga.

Seakan tidak mengikuti arus publik, penghapusan ketentuan anggaran wajib ini bertujuan untuk memberikan fleksibilitas lebih besar dalam pengelolaan anggaran, agar dapat disesuaikan dengan kebutuhan dinamis. Pemerintah mengadopsi pendekatan berbasis kinerja yang difokuskan pada Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK), yang menekankan bahwa alokasi anggaran kesehatan harus berbasis pada *outcome* atau hasil nyata yang dicapai, bukan sekadar besaran anggaran yang disediakan. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menyatakan bahwa strategi baru ini diharapkan dapat meningkatkan efisiensi anggaran dengan memfokuskan pada kualitas, ketimbang besarnya alokasi semata.[363]

Direktur Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan, Isa Rachmatarwata, dalam sebuah media menegaskan bahwa meskipun alokasi wajib dihapuskan, pemerintah berkomitmen untuk menjaga kualitas layanan melalui pengawasan

359 https://eastasiaforum.org/2023/09/28/indonesian-health-system-reform-no-simple-fix-for-inequity/
360 https://theconversation.com/mandatory-spending-kesehatan-dihapus-himpitan-antara-nasib-apbn-dan-rakyat-apa-yang-bisa-diadvokasi-210458
361 https://www.cnnindonesia.com/nasional/20230711170228-32-972196/menkes-ungkap-alasan-hapus-mandatory-spending-dalam-uu-kesehatan
362 https://indef.or.id/menakar-penghapusan-mandatory-spending-ruu-kesehatan/
363 https://theconversation.com/mandatory-spending-kesehatan-dihapus-himpitan-antara-nasib-apbn-dan-rakyat-apa-yang-bisa-diadvokasi-210458

ketat dalam pelaksanaan program-program kesehatan yang tercantum dalam RIBK.[364] Pemerintah juga menekankan bahwa alokasi akan tetap dilakukan sesuai kebutuhan epidemiologis di setiap daerah. RIBK akan menjadi alat utama dalam mengarahkan alokasi anggaran dengan lebih fleksibel namun tetap memastikan bahwa dana yang disalurkan memberikan dampak positif nyata.

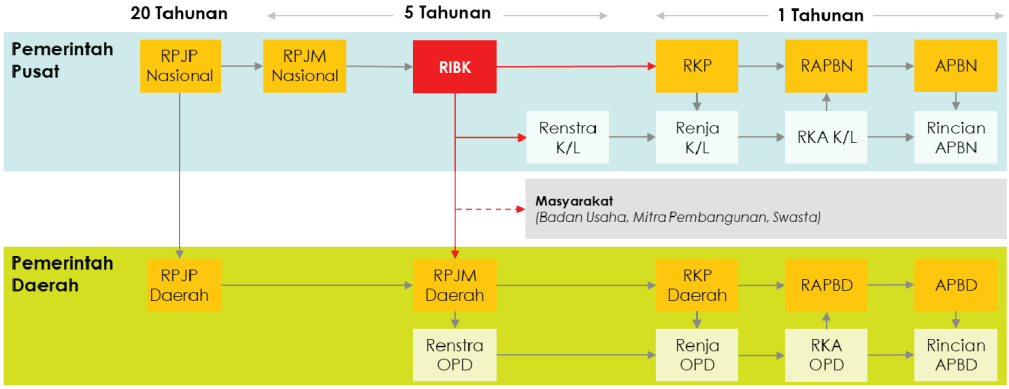
RIBK sebagai tools yang dirancang untuk mengkonsolidasikan perencanaan dan penganggaran kesehatan antara pemerintah pusat, daerah, dan sektor swasta; sebagai jawaban dari penghapusan mandatory spending. Terdapat 5 prinsip fundamental dalam RIBK, 1) mengacu pada indikator sasaran strategis RPJMN yang relevan dan terukur dengan pendekatan *performance-based budgeting*, memastikan bahwa setiap program memiliki target dan hasil yang jelas; 2) difungsikan sebagai acuan untuk keselarasan daerah dalam penyusunan RPJMD dengan mempertimbangkan komitmen politik dan ketersediaan sumber daya; 3) bersifat agile atau adaptif terhadap transformasi kebijakan melalui review tahunan, memungkinkan penyesuaian yang diperlukan sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan, 4) Dilaksanakan dengan penganggaran kolaboratif untuk mencapai penganggaran yang lebih efektif dan berkelanjutan; 5) berfokus pada mobilisasi pendanaan non-publik dengan melibatkan masyarakat, LSM, dan berbagai pihak swasta dalam pendanaan kesehatan, menciptakan ekosistem pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Langkah konkret pemerintah dalam melaksanakan RIBK dimulai dengan menggelar Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) 2024 yang dihadiri sekitar 2.100 peserta dari berbagai pemangku kepentingan. Pelibatan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) dalam proses ini menunjukkan komitmen untuk mengintegrasikan perencanaan kesehatan ke dalam rencana pembangunan daerah secara keseluruhan.

Upaya memastikan efektivitas implementasi RIBK, Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) merekomendasikan dua hal penting: pertama, inkorporasi prinsip whole-of-society atau kolaborasi multi-aktor dalam perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi RIBK melalui pembentukan Komite Kebijakan Kesehatan multisektor; kedua, pendampingan dan supervisi khusus bagi pemerintah daerah dalam proses transisi dari sistem pendanaan lama ke sistem RIBK.[365] Untuk mendukung hal ini, Kementerian

364 https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20230713063035-532-972826/bahaya-mandatory-spending-dihapus-dalam-uu-kesehatan

365 Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives, Menjaga Arah Rencana Induk Bidang Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat, diakses melalui: https://cdn.cisdi.org/documents/fnm-IDPendanaan-Kesehatan-RIBK---Factsheet-Peraturan-Turunan-UU-Kesehatan230320pdf-1710900695691-fnm.pdf



Gambar 4.6: Proses Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan dengan RIBK

Kesehatan telah melakukan integrasi sumber pembiayaan dengan memetakan kebutuhan pendanaan sesuai enam pilar transformasi kesehatan, seperti layanan primer, sekunder, penguatan SDM, dan teknologi. Setelah pemetaan, Kemenkes mengidentifikasi dan mengajukan kebutuhan kepada donor dan lender sebagai "filling the gap" untuk mendanai program-program prioritas yang belum tercakup dalam APBN dan APBD. Kolaborasi dengan Bappenas dan Kementerian Keuangan memastikan pencatatan seluruh bantuan, sementara aplikasi pemantauan real-time seperti SAKTI dan e-renggar menjaga transparansi dan efisiensi. Upaya ini menjamin bahwa setiap sumber dana mendukung sasaran kesehatan nasional tanpa duplikasi anggaran.[366]

Tantangan ke depan dalam transformasi kebijakan pembiayaan kesehatan terletak pada kemampuan pemerintah untuk menjaga kualitas dan akses layanan kesehatan tanpa adanya jaminan alokasi anggaran tetap. RIBK, sebagai tools konsolidasi perencanaan dan penganggaran antara pemerintah pusat, daerah, dan sektor swasta, harus mampu membuktikan efektivitasnya dalam mengintegrasikan berbagai sumber daya dan kepentingan. Keberhasilan implementasi RIBK akan bergantung pada beberapa faktor kritis: kemampuan daerah dalam menyelaraskan perencanaan dengan RPJMD, kapasitas dalam melakukan review dan adaptasi kebijakan secara berkala, efektivitas penganggaran kolaboratif, serta keberhasilan dalam memobilisasi pendanaan non-publik. Transparansi pengelolaan anggaran dan komitmen pemerintah dalam memprioritaskan kesehatan masyarakat menjadi kunci dalam menilai

366 Wawancara dengan Drs. Bayu Teja Muliawan, SH, M.Pharm, MM, Apt., Staf Ahli Menteri Bidang Ekonomi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, pada 4 Oktober 2024.

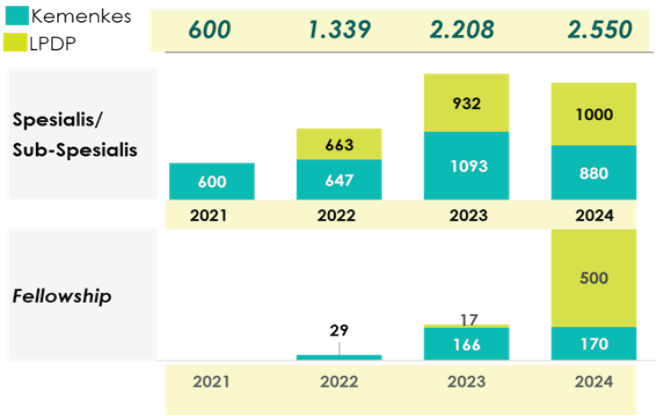
dampak transformasi ini, terutama dalam memastikan bahwa perubahan sistem tidak mengakibatkan penurunan kualitas layanan kesehatan di daerah-daerah yang memiliki keterbatasan sumber daya.

6. Pilar 5: Transformasi SDM Kesehatan

Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia merupakan upaya krusial untuk mengatasi berbagai tantangan dalam sistem kesehatan nasional. Pada awal tahun 2023, sektor kesehatan Indonesia masih menghadapi masalah serius pasca pandemi COVID-19, terutama terkait distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata.Indonesia mengalami kekurangan jumlah dokter, dengan rasio hanya 0,67 dokter per 1.000 penduduk, jauh di bawah rata-rata Asia-20 (1,2) dan OECD (3,2). Masalah ini lebih parah di luar Pulau Jawa, terutama di Indonesia bagian timur. Data menunjukkan bahwa 419 Puskesmas masih tidak memiliki dokter, dan hanya 5.152 Puskesmas yang memiliki 9 jenis tenaga kesehatan prioritas secara lengkap.

Secara umum, ada tiga tantangan utama dalam pengelolaan SDMK di Indonesia yakni kekurangan jumlah tenaga kesehatan secara nasional, distribusi SDMK yang tidak merata, hingga kurangnya pelatihan berbasis kompetensi. Merespons situasi ini, Kementerian Kesehatan melakukan perubahan Rencana Strategis (Renstra) melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022. Renstra baru ini berfokus pada transformasi SDM Kesehatan untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas tenaga kesehatan. Selain itu, Pemerintah juga menyusun rencana transformasi SDM Kesehatan yang mencakup beberapa hal berikut:

1. Perencanaan kebutuhan SDMK: Melakukan integrasi sistem informasi SDMK dengan sistem registrasi tenaga kesehatan dan melakukan evaluasi pemenuhan SDMK untuk pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) dan SDGs.
2. Peningkatan kuantitas dokter: Melalui program beasiswa LPDP, penambahan jumlah dan kuota fakultas kedokteran, serta membuka peluang investasi pendidikan kedokteran oleh investor asing terutama di Indonesia bagian timur.
3. Pemerataan distribusi: Memberikan beasiswa afirmasi untuk putra/i daerah, termasuk beasiswa dokter puskesmas, dokter spesialis di rumah sakit, dan tenaga laboratorium.
4. Peningkatan kualitas SDMK: Menyusun database diaspora kesehatan di luar negeri, melakukan transfer ilmu dan teknologi, serta menempatkan diaspora kesehatan di instansi pemerintah.



Gambar 4.7: Kuota Pemberian beasiswa bagi dokter Spesialis. Sumber: Kemenkes RI

Untuk mengatasi kekurangan tenaga spesialis, pemerintah mempermudah proses konversi spesialis dan adaptasi dokter diaspora. Kementerian Kesehatan memfasilitasi penempatan kerja 16 dokter spesialis lulusan luar negeri melalui Program Adaptasi Dokter Spesialis Lulusan Luar Negeri. Pemerintah juga mengeluarkan kebijakan untuk mempercepat produksi dokter spesialis. Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Kementerian Pendidikan untuk membuka lebih banyak program spesialis dan meningkatkan kapasitas rumah sakit pendidikan. Target pemerintah adalah meningkatkan jumlah beasiswa spesialis dari 1.500 menjadi 2.500 pada tahun berikutnya.

Pada Juli 2022, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemendikbud Ristek) bersama Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menandatangani Surat Keputusan Bersama (SKB) tentang Sistem Kesehatan Akademik atau *Academic Health System* (AHS).[367] SKB ini bertujuan untuk mengakselerasi peningkatan kapasitas dan kualitas Fakultas Kedokteran, serta mempercepat produksi dokter dan dokter spesialis guna memperkuat layanan kesehatan di Indonesia. Melalui AHS, pemerintah berkomitmen untuk mempercepat pemenuhan dosen yang berasal dari Rumah Sakit Pendidikan, memberikan beasiswa LPDP untuk mahasiswa program dokter spesialis, dan memperkuat kebijakan sistem seleksi mahasiswa serta penjaminan mutu lulusan.

Selain itu, pemerintah juga mengambil langkah untuk memanfaatkan

367 "Mendikbudristek dan Menkes Menandatangani SKB Peningkatan Kuota Program Kedokteran dan Dokter Spesialis melalui Sistem Kesehatan Akademik". *Dirjen Dikti RI* pada 13 Juli 2022, diakses melalui https://dikti.kemdikbud.go.id/kabar-dikti/kabar/mendikbudristek-dan-menkes-menandatangani-skb-peningkatan-kuota-program-kedokteran-dan-dokter-spesialis-melalui-sistem-kesehatan-akademik/

potensi diaspora medis Indonesia, khususnya dokter spesialis. Sebelumnya, proses adaptasi bagi dokter spesialis lulusan luar negeri bisa memakan waktu bertahun-tahun tanpa kepastian, yang menyebabkan keengganan diaspora medis untuk kembali ke Indonesia. Melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2022, dibentuk Komite Bersama Adaptasi untuk memfasilitasi program adaptasi bagi dokter spesialis Warga Negara Indonesia (WNI) lulusan luar negeri yang ingin mengabdi di Indonesia.[368] Inisiatif ini bertujuan untuk mempercepat pemenuhan kebutuhan dokter spesialis dengan memanfaatkan tenaga ahli yang telah mendapatkan pendidikan dan pengalaman di luar negeri. Selain itu dokter diaspora dapat ditujukan dalam rangka alih ilmu pengetahuan, keterampilan, keahlian, dan teknologi; serta mendukung investasi untuk memberikan layanan bertaraf internasional untuk mengurangi hilangnya devisa keluar negeri untuk berobat/layanan kesehatan.[369] Pada jenis tenaga lain, transformasi sistem penyediaan tenaga kesehatan juga melibatkan peran Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Kementerian Kesehatan. Dengan 38 Poltekkes tersebar di 33 provinsi yang mencakup 24 rumpun keilmuan kesehatan, pemerintah berharap dapat mengatasi masalah kekurangan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan secara lebih merata di seluruh Indonesia. Upaya ini merupakan bagian dari strategi komprehensif untuk meningkatkan kapasitas sistem kesehatan nasional dalam menghadapi tantangan kesehatan di masa depan, termasuk potensi pandemi baru.

Disisi lain, transformasi SDMK juga diwarnai dengan penyusunan RUU Kesehatan yang memicu perdebatan sengit.[370] Salah satu isu utama yang menjadi sorotan adalah rencana penghapusan peran Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam undang-undang. Hal ini menimbulkan kekhawatiran di kalangan profesi medis tentang hilangnya representasi dan perlindungan profesi mereka. IDI, sebagai organisasi profesi dokter tertua dan terbesar di Indonesia, selama ini memiliki peran penting dalam mengatur standar praktik, etika, dan pendidikan kedokteran. Penghapusan peran IDI dianggap oleh sebagian pihak sebagai upaya pemerintah untuk mengambil alih kontrol penuh atas profesi medis. Menanggapi kondisi ini pihak Organisasi Profesi menggelar beberapa kali aksi demonstrasi. Di Jakarta hal ini setidaknya terjadi semenjak akhir tahun 2022, tepatnya pada 28 November 2022, hingga menjelang pengesahan RUU menjadi UU pada Juli 2023.[371]

368 "Press Conference: Indonesia Memanggil Dokter Spesialis WNI Lulusan Luar Negeri Dalam Program Adaptasi", Oleh *Kementerian Kesehatan RI*, 18 November 2022. Diakses melalui: https://www.youtube.com/watch?v=xmuNKIBi9-A

369 Indonesia kehilangan devisa ± $11,5 miliar/tahun karena wisata medis ke luar negeri.

370 "RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI", *Tirto.id*, edisi 5 Desember 2022

371 "Demo Tolak RUU Kesehatan dan Potensi Melemahnya Perlindungan Nakes", *Kompas.com*, 8 edisi



Foto 4.27: Demonstrasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di DPR menolak pembahasan RUU Kesehatan pada 5 Juni 2023. Sumber: news.detik.com, edisi 5 Juni 2023

Isu lain yang memicu kontroversi adalah rencana penerbitan Surat Tanda Registrasi (STR) seumur hidup dan penyederhanaan proses penerbitan Surat Izin Praktik (SIP). Di satu sisi, langkah ini bertujuan untuk mengurangi birokrasi dan mempermudah tenaga kesehatan dalam menjalankan praktiknya. Namun, banyak pihak mengkhawatirkan bahwa kebijakan ini dapat mengabaikan aspek penjagaan mutu dan kompetensi tenaga kesehatan. Organisasi profesi dan akademisi kesehatan berpendapat bahwa evaluasi berkala melalui pembaruan STR dan SIP penting untuk memastikan tenaga kesehatan terus memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka sesuai perkembangan ilmu kedokteran.

Rencana untuk memudahkan adaptasi dokter WNI diaspora dan pendayagunaan tenaga kesehatan WNA juga menuai pro dan kontra. Pemerintah berargumen bahwa kebijakan ini diperlukan untuk mengatasi kekurangan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan untuk mendorong alih teknologi serta ilmu pengetahuan. Namun, banyak tenaga kesehatan lokal mengkhawatirkan bahwa kebijakan ini dapat mengancam lapangan kerja mereka dan potensial menurunkan standar pelayanan kesehatan jika tidak diatur dengan ketat.

Kekhawatiran terkait keberadaan tenaga kesehatan asing di Indonesia sudah menjadi perbincangan hangat sejak 2020,[372] meski peraturannya telah ada sejak 1980 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 441/MENKES/PER/XI/1980. Namun, seiring berjalannya waktu dan perubahan

Mei 2023; "Dokter dan Nakes Demo di DPR Tolak RUU Omnibus Law Kesehatan", *CNN Indonesia*, edisi 5 Juni 2023; "5 Alasan Nakes Demo Tolak Pengesahan UU Kesehatan hingga Bakal Demo Massal", *Kompas.com*, edisi 11 Juli 2023.

372 Tidak Perlu Takut Dokter Asing", Majalah Tempo, edisi 14 November 2020; "Di Balik Rencana Luhut Mau Boyong Dokter-Dokter Asing ke RI", CNBC Indonesia, edisi 19 Agustus 2020; "Luhut Sebut Pemerintah akan Permudah Dokter Asing Masuk RI", *CNN Indonesia*, edisi 13 Agustus 2020.

kondisi zaman Permenkes tersebut menemukan penggantinya pada tahun 2010, lewat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 317/MENKES/PER/III/2010. Permenkes ini menetapkan bahwa Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing hanya boleh bekerja di fasilitas kesehatan tertentu dan dilarang berpraktik mandiri, kecuali dalam situasi darurat dengan izin khusus.[373] Mereka juga diwajibkan memiliki sertifikasi, registrasi kompetensi dari KKI atau MTKI, serta Surat Izin Praktik. Selain itu fasilitas yang mempekerjakannya harus menunjuk tenaga pendamping lokal dan melaporkan kegiatan mereka secara berkala. Hal ini diharapkan dapat memastikan kompetensi dan kontribusi tenaga kesehatan asing, serta alih teknologi kepada tenaga kesehatan lokal.

Di antara tahun 2010 hingga terbitnya UU Nomor 17 tentang Kesehatan pada tahun 2023 terdapat beberapa instrumen hukum yang mengatur tentang pendayagunaan tenaga kesehatan asing. Aturan-aturan tersebut adalah UU nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 67 tahun 2019, dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2022, dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 tahun 2023. Di samping aturan-aturan tersebut terdapat pula Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2021 yang mengatur tenaga kerja asing secara umum. Sebelum RUU Kesehatan disahkan pada 2023, yang dalam prosesnya banyak dikhawatirkan membuat banjir tenaga medis dan kesehatan WNA, pengaturan mengenai keberadaan nakes dan tenaga medis WNA sudah lebih dahulu ada. Kondisi yang dibayangkan sebagai anarki tentunya tidak akan muncul sejauh peraturan-peraturan yang ada ditegakan secara konsekuen.

Peraturan-peraturan tersebut sebenarnya sudah menunjukkan bahwa tidak sembarang dokter asing, atau tenaga medis dan kesehatan WNA pada umumnya, dapat berpraktik di Indonesia. Ada serangkaian peraturan yang harus dipatuhi sebelum seorang dokter asing dapat berpraktik di Indonesia. Meski begitu gerakan yang menolak RUU Kesehatan pada medio 2022-2023 tetap turut membawa poin dokter asing dalam narasi penolakannya. Kelak pengaturan mengenai dokter asing di update dalam UU No 17 tentang Kesehatan yang ditandatangani pada 12 Juli 2023. Dalam UU tersebut pengaturan mengenai dokter asing semakin lengkap dan membahas banyak aspek. Mulai dari pembekalan Bahasa Indonesia hingga ancaman pemulangan jika mereka tidak lolos evaluasi kompetensi. Poin pengecualian muncul bagi mereka yang punya pengalaman praktik paling tidak 5 tahun dan keahlian khusus. Bagi mereka evaluasi kompetensi tidak dibutuhkan lagi.[374] Selain itu, perubahan juga

373 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 317/MENKES/PER/III/2010, Pasal 3
374 Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023, Pasal 250.

muncul dalam hal durasi praktik. Lama waktu yang diatur didalamnya juga menunjukkan perubahan dengan maksimal waktu selama 2 tahun dengan 1 kali opsi perpanjangan dengan durasi yang sama. Jadi total lama praktik bagi mereka adalah 4 tahun.[375] Pengecualian dalam hal durasi berlaku bagi mereka yang berasal dari kawasan ekonomi khusus, dalam konteks ini adalah kawasan ekonomi ASEAN, yang berhak berpraktik tanpa batasan waktu.[376]

Untuk menambah jumlah dokter dan juga meratakan persebarannya, langkah lain yang ditempuh adalah melonggarkan aturan bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis Indonesia yang menjadi diaspora. Hal ini turut ditekankan oleh Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin yang merasa proses adaptasi bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis diaspora tidak perlu terlalu lama.[377] Akhirnya dalam peraturan terakhir, UU No 17 tahun 2023 dan PP No 28 tahun 2024, diaturlah bahwa bagi diaspora Indonesia yang berada di luar negeri dan telah memiliki pengalaman berpraktik selama 2 tahun dapat dibebaskan uji kompetensi. Selain itu bebas uji kompetensi juga dibebaskan bagi para diaspora yang memiliki keahlian dalam bidang unggulan. Sementara itu bagi yang mengikuti uji kompetensi dan dinyatakan tidak lulus mereka akan menjalani penambahan kompetensi. Pada masa adaptasi dan penambahan kompetensi yang berlangsung selama 1 tahun mereka juga akan mendapatkan insentif.[378]

Perdebatan juga muncul terkait rencana penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis di rumah sakit pendidikan sebagai penyelenggara utama. Pihak yang mendukung kebijakan ini berpendapat bahwa langkah ini dapat mempercepat produksi dokter spesialis yang sangat dibutuhkan, terutama di daerah-daerah yang kekurangan. Namun, pihak yang menentang khawatir akan penurunan kualitas pendidikan spesialis jika tidak diimbangi dengan peningkatan fasilitas dan kualitas pengajar di rumah sakit pendidikan. Selain itu, kebijakan *task-shifting* untuk wilayah yang kekurangan tenaga kesehatan juga menimbulkan kekhawatiran tentang potensi penurunan kualitas layanan kesehatan jika tidak diatur dan diawasi dengan baik.

Akhirnya, dapat dikatakan bahwa jalan menuju transformasi ini tidak mudah. Resistensi dari berbagai pihak, terutama organisasi profesi, menunjukkan bahwa perubahan besar selalu membawa gejolak. Perdebatan sengit tentang peran IDI, status STR seumur hidup, hingga kebijakan tenaga kesehatan asing, mencerminkan kompleksitas tantangan yang dihadapi. Di satu sisi, pemerintah berargumen bahwa perubahan radikal diperlukan untuk mengatasi masalah

375 Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023, Pasal 251.
376 Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023, Pasal 251.
377 "Omnibus Law Kesehatan untuk Apa", *Majalah Tempo*, 15 Januari 2023.
378 Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024, pasal 655.

struktural dalam sistem kesehatan. Di sisi lain, para profesional kesehatan mengkhawatirkan potensi penurunan standar dan hilangnya otonomi profesi.

Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia menghadapi tantangan besar, terutama dalam aspek distribusi dan ketersediaan tenaga medis yang merata yang merupakan masalah menahun sejak lama. Pemerintah berupaya memperbaiki situasi melalui berbagai regulasi, namun pada implementasinya tidak semua pihak setuju dan diwarnai oleh kontroversi di berbagai kalangan. Kendati tujuannya untuk mengisi kekosongan dokter spesialis dan mempercepat peningkatan kapasitas tenaga medis, kebijakan tersebut mengundang kekhawatiran akan potensi turunnya standar layanan medis hingga mengancam profesi tenaga kesehatan dalam negeri.

Upaya pemerintah dalam mempercepat produksi dokter spesialis melalui penyelenggaraan pendidikan spesialis di rumah sakit pendidikan juga menjadi topik debat. Para pendukung kebijakan ini menekankan urgensi untuk segera mengatasi kekurangan dokter di berbagai wilayah, terutama di luar Pulau Jawa dan wilayah timur Indonesia. Namun, kelompok kritis mempertanyakan kesiapan rumah sakit pendidikan dalam menyediakan fasilitas dan pengajar berkualitas, khawatir akan munculnya dampak negatif pada mutu pendidikan dan praktik medis di lapangan. Tak ubahnya dengan isu keberadaan tenaga kesehatan asing yang menambah kompleksitas dinamika transformasi. Walaupun ada upaya pengawasan ketat dan pembatasan, banyak tenaga kesehatan lokal khawatir akan ancaman pada lapangan pekerjaan dan kualitas pelayanan kesehatan. Keberadaan peraturan yang mengatur adaptasi tenaga asing secara selektif, meski sudah lama ada, kini disorot kembali. Kebijakan ini dianggap penting oleh pemerintah untuk memastikan alih pengetahuan dan teknologi bagi tenaga medis lokal, namun kritik tetap mengalir terkait potensi kompetisi yang tidak sehat dan risiko pada aspek mutu pelayanan.

7. Pilar 6: Transformasi Teknologi Kesehatan

a. Pengembangan Platform Digital

Kementerian Kesehatan Indonesia sedang mengembangkan sebuah ekosistem digital untuk mendukung layanan kesehatan melalui platform *Indonesia Health Services* (IHS). Platform ini memungkinkan berbagai layanan kesehatan dan sistem manajemen data berbasis teknologi yang dapat diakses oleh masyarakat dan tenaga kesehatan. Pendekatan *Platform as a Service* (PaaS) ini dirancang untuk mengintegrasikan berbagai aplikasi kesehatan di Indonesia, mencakup pelayanan dari sektor kesehatan primer hingga sekunder.

Peluncuran *Indonesia Health Services* (IHS) atau *SATUSEHAT* oleh Menteri



Foto 4.28: Peluncuran Aplikasi SATUSEHAT. Sumber: sehatnegeriku.kemkes.go.id, edisi 27 Juli 2022

Kesehatan Budi Gunadi Sadikin pada 26 Juli 2022 sebagai platform digital yang mengintegrasikan data layanan kesehatan nasional. Platform ini memungkinkan pasien berpindah antar fasilitas kesehatan tanpa perlu mengisi ulang data. Platform ini juga mencatat rekam medis secara digital dan aman dengan persetujuan pasien. IHS bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan, memudahkan sistem rujukan, serta mendukung standarisasi data di seluruh rumah sakit dan fasilitas kesehatan di Indonesia.[379]

b. Transformasi ke *SATUSEHAT*

Sebelum peluncuran platform *SATUSEHAT*, sistem pencatatan data kesehatan di Indonesia mengalami tantangan besar akibat adanya silo data. Silo data ini merujuk pada kondisi di mana berbagai sistem pencatatan seperti SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas)[380], aplikasi SMILE, dan aplikasi surveilans beroperasi secara terpisah tanpa saling terintegrasi. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam mengakses dan menganalisis data secara menyeluruh, yang berdampak negatif pada efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan.[381]

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terus melakukan perbaikan,

379 Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 26 Juli 2022. Diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/read/649/kementerian-kesehatan-launching-platform-satusehat

380 Dinas Kesehatan, Kabupaten Temanggung Jawa Tengah, "Panduan Penggunaan Software Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) Dinas Kesehatan Kab. Temanggung".

381 "Kemenkes Luncurkan Platform SATUSEHAT untuk Integrasikan Data Kesehatan Nasional", pada 27 Juli 2022, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220726/5140733/kemenkes-ri-resmi-luncurkan-platform-integrasi-data-layanan-kesehatan-bernama-satusehat/ ; "Silo Data: Bagaimana Menginterkoneksi Data dan Meningkatkan Efisiensi", pada 19 Mei 2023, diakses melalui https://blog.algorit.ma/silo-data/

terutama dalam hal Transformasi Digital Kesehatan. Melalui situs resmi Kemenkes, dinyatakan bahwa transformasi digital kesehatan di Indonesia telah memasuki fase baru. Kementerian Kesehatan secara resmi mengubah aplikasi *PeduliLindungi* menjadi aplikasi kesehatan masyarakat yang dinamakan *SATUSEHAT* Mobile. Pada 1 Maret 2023, nama aplikasi *PeduliLindungi* diubah menjadi *SATUSEHAT.*[382] Platform ini merupakan manifestasi dari pilar keenam dalam transformasi sistem kesehatan, yaitu pilar transformasi teknologi kesehatan yang diinisiasi oleh Menteri Kesehatan. Diharapkan, platform ini dapat mendukung pelaksanaan lima pilar transformasi sistem kesehatan lainnya, termasuk transformasi layanan primer, layanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, dan pengembangan sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang saat ini sedang berlangsung.

Perubahan ini bertujuan untuk memperluas fungsi aplikasi agar tidak hanya fokus pada COVID-19, tetapi juga mencakup layanan kesehatan lainnya. *SATUSEHAT* dirancang untuk mengintegrasikan data kesehatan dari seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia. Fitur-fitur baru seperti diari kesehatan, rekam medis elektronik (RME), pendaftaran antrian berobat secara online, dan informasi kesehatan lainnya akan ditambahkan secara bertahap. Dengan adanya *SATUSEHAT*, semua data pengguna yang sebelumnya ada di *PeduliLindungi* akan tersinkronisasi secara otomatis, termasuk profil anggota dan sertifikat vaksinasi.

Dalam pengembangan platform ini, Kementerian Kesehatan mengadopsi model infrastruktur Platform-as-a-Service (PaaS) yang menghubungkan seluruh ekosistem pelaku industri kesehatan untuk menciptakan satu data kesehatan nasional yang dapat diandalkan. Platform ini nantinya akan berfungsi sebagai penghubung antara berbagai aplikasi dalam industri kesehatan. Oleh karena itu, semua aplikasi dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit vertikal, rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas, posyandu, laboratorium, klinik, hingga apotek harus mematuhi standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan di platform *SATUSEHAT.*[383]

Dengan adanya platform *SATUSEHAT*, tenaga kesehatan tidak perlu lagi memasukkan data secara berulang pada aplikasi yang berbeda; cukup dengan satu aplikasi yang terhubung otomatis dengan aplikasi kesehatan lainnya. Selain terintegrasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan, laboratorium, dan apotek,

382 "Kemenkes Ubah Peduli Lindungi jadi Satu Sehat", *kompas.id*, edisi 01 Maret 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/03/01/kemenkes-ubah-pedulilindungi-jadi-satusehat-mobile

383 "Kemenkes Luncurkan Platform SATUSEHAT utuk Integrasi Data Kesehatan Nasional", *sehatnegeriku.kemenkes.go*, edisi 27 Juli 2022, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220726/5140733/kemenkes-ri-resmi-luncurkan-platform-integrasi-data-layanan-kesehatan-bernama-satusehat/

Kementerian Kesehatan juga berencana untuk mengintegrasikan *SATUSEHAT* dengan BPJS Kesehatan. Integrasi ini mencakup sistem pencatatan tuberkulosis, pencatatan digital kematian maternal dan perinatal, imunisasi, sistem rujukan nasional, serta informasi tentang kesehatan ibu dan anak serta pengendalian penyakit.[384]

1. *CitizenHealth App*: Salah satu aplikasi penting yang dikembangkan dalam ekosistem ini adalah *CitizenHealth*. Aplikasi ini merupakan *super app* yang dirancang untuk menyimpan data kesehatan masyarakat secara lengkap dan terintegrasi. Fitur utama aplikasi ini mencakup penyimpanan rekam medis elektronik, monitoring kondisi kesehatan pribadi, serta memberikan rekomendasi kesehatan yang dipersonalisasi. Selain itu, aplikasi ini juga memberikan perlindungan data yang terjamin dengan standar keamanan yang tinggi.
2. Servis Telemedicine untuk pasien Isolasi Mandiri (Terintegrasi dengan NAR): Dalam era pasca-pandemi COVID-19, layanan telemedicine memainkan peran penting. Gambar yang diunggah menunjukkan bahwa telemedicine telah diintegrasikan dengan catatan kesehatan untuk pasien isolasi mandiri selama pandemi. Dengan adanya layanan ini, pasien COVID-19 dapat mengakses konsultasi gratis dan pengobatan tanpa harus menunggu lama.
3. Penguatan Teknologi Genomik & Bioteknologi: Pilar teknologi kesehatan juga mencakup pengembangan bioteknologi dan genomik melalui program seperti *Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGSi). Program ini bertujuan untuk memperkuat penelitian berbasis genom dan bioteknologi di Indonesia, terutama dalam pengembangan obat berbasis data genom dan penyakit-penyakit genetik. Selain itu, pengadaan alat-alat sequencing genomik di berbagai provinsi juga menjadi bagian dari transformasi teknologi ini.

Tantangan dan Hambatan Bioteknologi

Kebijakan *precision medicine* (kedokteran presisi) memberikan angin segar bagi para peneliti dan pelaku di bidang bioteknologi di Indonesia yang telah lama menantikan penerapan teknologi ini. Kedokteran presisi memungkinkan pengembangan diagnostik, monitoring, serta pengobatan berbasis target yang disesuaikan dengan populasi di Indonesia. Namun, meskipun Kementerian Kesehatan sudah memiliki kebijakan terkait ini, tantangan terbesar adalah kurangnya sinkronisasi antar kementerian dan

384 "Transformasi Digital Kesehatan: Aplikasi Peduli Lindungi Bertransformasi Menjadi Aplikasi Satu Sehat", *dinkesjogjaprov.go.id*., edisi 02 Maret 2023, diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/tranformasi-digital-kesehatan-aplikasi-peduli-lindungi-bertransformasi-menjadi-aplikasi-satu-sehat

institusi terkait. Hal ini menjadi hambatan dalam mewujudkan kondisi yang kondusif untuk pengembangan kedokteran presisi secara menyeluruh di Indonesia.

Keinginan para peneliti adalah adanya dukungan pendanaan yang tidak hanya bergantung pada BRIN, tetapi juga dari sumber lain seperti dana tanggung jawab sosial perusahaan (CSR) atau filantropi. Saat ini, program CSR dari industri besar belum berjalan dengan baik dalam mendukung penelitian bioteknologi di Indonesia. Harapannya, dengan adanya kolaborasi lintas institusi, seperti UGM, RS Kanker Dharmais, dan institusi lain yang berfokus pada pengobatan presisi, proposal penelitian bioteknologi dapat diajukan dengan pendanaan yang lebih bervariasi, baik dari BRIN maupun sumber eksternal.

Pada awalnya, dana penelitian di Indonesia, khususnya di bidang bioteknologi, sangat terbatas. Sebelum adanya program Riset Unggulan Terpadu (RUT), dana penelitian berkisar antara 10 hingga 15 juta rupiah. Namun, dengan adanya kerjasama antara Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) dan Kementerian Riset dan Teknologi (Kemenristek), terjadi peningkatan yang signifikan, sehingga dana penelitian bisa mencapai 100 hingga 150 juta rupiah. Ini menjadi kejutan besar karena biaya penelitian bioteknologi, yang membutuhkan bahan-bahan impor berbiaya tinggi, akhirnya dapat terakomodasi. Revolusi ini membuat penelitian di Indonesia semakin berkembang, publikasi ilmiah meningkat, dan berbagai alat diagnostik mulai dikembangkan.

Namun, saat ini, situasi kembali berubah. Dana penelitian yang sebelumnya mencapai 250 juta rupiah pada masa program Risbin Iptekdok, kini menurun. Setelah diambil alih oleh Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN), batas maksimal dana yang dialokasikan hanya sekitar 100 hingga 150 juta rupiah. Meski saat ini ada program pusat kolaborasi riset, di mana beberapa institusi, seperti Fakultas Kedokteran UGM, UI, dan RS Kanker Dharmais, bekerja sama dalam pengembangan precision oncology, dana yang diberikan masih jauh dari cukup. Proposal yang diajukan untuk mendukung proyek besar seperti ini hanya mendapatkan sekitar 200 juta rupiah, jauh dari yang diharapkan.

Kesenjangan pendanaan ini menjadi hambatan utama dalam pengembangan bioteknologi di Indonesia saat ini. Pada masa pandemi COVID-19, dana yang cukup besar dialokasikan untuk pengembangan alat diagnostik, dan hasilnya bisa terlihat dalam waktu singkat. Namun, tanpa dukungan dana yang memadai, penelitian bioteknologi akan sulit maju.

Banyak proyek yang dipaksa berkompromi dengan keterbatasan anggaran, yang berdampak pada kualitas dan kecepatan hasil penelitian.

Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), belum ada kontribusi yang signifikan terhadap penelitian bioteknologi. Khususnya dalam pengembangan pengobatan untuk kanker yang berbasis diagnosa molekuler, JKN belum mampu mencakup seluruh biaya, terutama untuk diagnosa dan obat yang sangat mahal. Saat ini, hanya beberapa jenis kanker yang mendapatkan cakupan dari JKN, dan itu pun masih terbatas.

Tantangan serupa juga terjadi dalam pengembangan pengobatan presisi dan teknologi stem cell yang sedang digalakkan melalui program BGSi. Meskipun Kementerian Kesehatan ingin semua rumah sakit memberikan pelayanan presisi terbaik, dukungan dana penelitian untuk mengembangkan teknologi ini belum tersedia. Ada kesenjangan antara kebijakan Kemenkes dan BRIN, di mana kerjasama dan dukungan yang dibutuhkan belum sepenuhnya terwujud. Akibatnya, inisiatif yang sangat menjanjikan ini terhambat oleh kurangnya sinkronisasi dan pendanaan yang cukup.

Tantangan terbesar dalam pengembangan bioteknologi di bidang kesehatan di Indonesia adalah perlunya sinergi dan kolaborasi antar institusi penelitian. Penelitian yang dilakukan secara terpisah sering kali hanya berakhir pada publikasi tanpa memberikan dampak nyata bagi permasalahan kesehatan di Indonesia. Penelitian kolaboratif yang terarah dan sinergis sangat diperlukan untuk menghasilkan solusi konkret bagi tantangan kesehatan di negara ini. Selain itu, arah kebijakan riset yang jelas juga belum tersosialisasikan dengan baik, sehingga banyak pihak belum memahami langkah-langkah yang harus diambil.

Tantangan kedua adalah pengelolaan *big data* yang sangat besar, terutama dalam konteks kedokteran presisi yang melibatkan data genomik, transcriptomic, proteomik, dan berbagai data omik lainnya. Meskipun ada wacana bahwa Indonesia mulai mempersiapkan *big data* ini, implementasinya masih belum terlihat jelas. Tantangan ketiga adalah regulasi terkait pengelolaan data, terutama dalam hal transfer data dan keamanan data. Pertanyaan mengenai kesiapan regulasi di Indonesia, termasuk dalam aspek keamanan dan etika, masih belum terjawab. Terakhir, aspek legal, etika, dan dampak sosial dari kedokteran presisi juga perlu diperhatikan. Indonesia perlu mengembangkan kerangka regulasi yang sesuai dengan kondisi hukum dan sosial di Indonesia, berbeda dengan regulasi yang ada di Eropa atau Singapura. Adanya kerangka legal yang jelas akan menjadi

landasan penting bagi pengembangan kedokteran presisi di Indonesia. Kesimpulannya, meskipun ada inisiatif yang sangat baik seperti BGSi dan pengembangan teknologi stem cell, tantangan utama terletak pada kurangnya sinkronisasi dan dukungan finansial yang memadai. Pemerintah perlu menyelaraskan kebijakan dan pendanaan agar penelitian di bidang bioteknologi dapat berkembang dengan baik, sehingga dapat memberikan kontribusi nyata dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

4. Regulasi dan Hilirisasi Produk: Kementerian Kesehatan juga berupaya untuk mempercepat hilirisasi produk bioteknologi melalui akselerator inovasi kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mempermudah inovator dan perusahaan startup dalam berkolaborasi dengan pemerintah serta mengembangkan produk-produk kesehatan berbasis teknologi.

Follow-up Health Innovation Sprint Accelerator, yang bertujuan mempercepat inovasi kesehatan melalui empat langkah utama:

1. Partisipasi Startup/Innovator: melibatkan startup atau inovator terpilih dalam *Regulatory Sandbox* awal.
2. Kerjasama dengan Kemenkes: mengeksplorasi potensi kerjasama antara startup/inovator dengan Kementerian Kesehatan.
3. Pengembangan Jaringan Inovasi: membuat jaringan inovasi dengan investor, industri, lembaga pendidikan, penelitian, dan mitra lainnya.
4. Hilirisasi Produk Bioteknologi: Mempercepat hilirisasi produk bioteknologi kesehatan.

Langkah ini dirancang untuk mendukung pengembangan teknologi di sektor kesehatan.[385]

Pada bulan Mei 2024, Elon Musk dan Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin meluncurkan layanan internet satelit Starlink[386] dari SpaceX untuk sektor kesehatan Indonesia. Peluncuran dilakukan di tiga puskesmas, dua terletak di Bali dan satu terletak di Pulau Aru, Maluku.[387] Agenda tersebut bertujuan meningkatkan akses internet di daerah terpencil. Layanan ini diharapkan dapat membantu lebih dari 270 juta warga Indonesia, terutama

385 Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Kesehatan* (Jakarta: Kemenkes RI, 2022)

386 *Starlink* adalah layanan internet satelit yang dikembangkan oleh *SpaceX*, perusahaan yang dipimpin oleh Elon Musk. Layanan ini bertujuan menyediakan akses internet berkecepatan tinggi di daerah terpencil dan sulit dijangkau, termasuk di Indonesia.

387 "Musk, Health minister Launch Starlink for Health Sector", *theJakartaPost.com*, edisi May 20, 2024, diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/tranformasi-digital-kesehatan-aplikasi-peduli-lindungi-bertransformasi-menjadi-aplikasi-satu-sehat

dalam menangani masalah kesehatan seperti stunting dan gizi buruk melalui input data secara real-time. Starlink masuk dalam Transformasi Pilar ke-6 sistem kesehatan Indonesia, yang fokus pada teknologi kesehatan. Integrasi layanan seperti Starlink mendukung akses internet di fasilitas kesehatan terpencil, memungkinkan penggunaan teknologi telekesehatan dan telemedisin yang lebih efektif. Layanan ini diluncurkan di Indonesia pada tahun 2024, dimulai dengan instalasi di beberapa pusat kesehatan, termasuk di Bali dan Maluku. Secara keseluruhan, pilar transformasi teknologi kesehatan ini bertujuan untuk mempercepat adopsi teknologi digital dan bioteknologi dalam sistem kesehatan Indonesia, meningkatkan akses layanan kesehatan bagi masyarakat, serta mendorong kemandirian dalam penelitian dan inovasi kesehatan.

c. BGSi (*Biomedical Genome Science Initiative*)

Pada 14 Agustus 2022, Menteri Kesehatan bersama dengan Menko Luhut Binsar Pandjaitan meluncurkan inisiatif nasional yang disebut *Biomedical Genome Science Initiative* (BGSi). Inisiatif ini menjadi tonggak sejarah bagi Indonesia, yang berkomitmen untuk masuk ke era kedokteran presisi. Kedokteran presisi adalah pendekatan medis yang mengandalkan analisis genom individu untuk memberikan pengobatan yang lebih tepat dan personal bagi masyarakat. Dengan BGSi, Indonesia berupaya untuk memanfaatkan teknologi genom untuk mengembangkan layanan kesehatan yang lebih canggih dan spesifik.

Sebagai bagian dari BGSi, beberapa rumah sakit di Indonesia telah ditunjuk untuk menjadi pusat penelitian dan layanan pengobatan presisi, masing-masing dengan fokus pada penyakit tertentu. Misalnya, Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) bertanggung jawab untuk penelitian penyakit endokrin dan metabolisme, sementara Rumah Sakit Kanker Dharmais dan Rumah Sakit Kanker Harapan Kita ditunjuk untuk menangani kanker. Rumah Sakit Pusat Otak Nasional menjadi pusat penelitian untuk stroke, dan Rumah Sakit Jantung Harapan Kita untuk penyakit jantung.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito menjadi pusat penelitian untuk penyakit genetik langka (*rare diseases*), sementara Rumah Sakit Sanglah di Bali fokus pada penelitian terkait proses penuaan dan penyakit yang berkaitan dengan usia. Selain itu, Rumah Sakit Persahabatan dan Rumah Sakit Sulianti Saroso ditunjuk untuk penelitian penyakit infeksi, dan Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi fokus pada kesehatan jiwa.

Inisiatif ini merupakan langkah maju dalam pengembangan layanan kesehatan berbasis penelitian genomik di Indonesia. Dengan memanfaatkan teknologi genomik, BGSi bertujuan untuk memberikan pengobatan yang lebih

akurat, personal, dan efisien bagi masyarakat, khususnya untuk penyakit-penyakit yang membutuhkan pendekatan khusus seperti kanker, penyakit jantung, stroke, dan penyakit langka. Pemerintah berkomitmen untuk mendukung pengembangan infrastruktur penelitian dan pelayanan di rumah sakit-rumah sakit tersebut agar mampu memberikan layanan berbasis teknologi canggih ini.

Pada periode Pandemi COVID-19, menunjukkan bahwa sistem kesehatan Indonesia berada dalam situasi yang tidak siap, rapuh, dan nyaris kolaps serta tidak mampu menghadapi Pandemi, sebagaimana juga dialami oleh berbagai negara lainnya. Ketika COVID-19 melanda terbukti bahwa ketahanan kesehatan Indonesia lemah karena sebagian besar bahan baku untuk memproduksi obat, APD, alat kesehatan dan vaksin masih diimpor. Terjadi kegamangan dalam menghadapi COVID-19 pada periode awal karena Kemenkes bukan satu-satunya lembaga yang mengurusi masalah kesehatan. Berbagai pemangku kepentingan, termasuk Kementerian Kesehatan, kemudian berkolaborasi dan bekerjasama dibawah koordinasi BNPB untuk melakukan berbagai kebijakan untuk pengendalian COVID-19, terutama pengadaan vaksin dan percepatan vaksinasi. Kolaborasi ini tidak hanya dilakukan antar lembaga pemerintah, namun juga melibatkan pihak swasta, lembaga donor internasional, dan masyarakat. Berbagai kendala dan tantangan dapat dengan segera dicarikan solusinya dengan cara berkolaborasi ini. Selama kurang lebih dua tahun akhirnya Indonesia berhasil mengatasi Pandemi COVID-19. Selain itu berbagai kebijakan terobosan dan inovasi baru, termasuk sistem informasi, juga dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan tetap menjaga terlaksananya layanan kesehatan esensial terhadap masyarakat.

Pandemi COVID-19 dapat ditangani dengan baik dan menjadi pengalaman berharga untuk melakukan reformasi dalam bentuk transformasi kesehatan. Keberhasilan dalam penanganan COVID-19 memunculkan kesadaran bahwa sektor kesehatan Indonesia masih menghadapi tantangan berat, yakni masih lemahnya ketahanan sistem kesehatan nasional. Belajar dari krisis kesehatan tersebut, Kementerian Kesehatan mulai tahun 2021 menginisiasi program Transformasi Kesehatan yang terdiri dari 6 (enam) pilar. Adapun keenam pilar tersebut adalah: 1) Transformasi Layanan Primer; 2) Transformasi Layanan Rujukan; 3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan; 4) Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan; 5) Transformasi SDM Kesehatan, dan 6) Transformasi Teknologi Kesehatan. Kementerian Kesehatan berharap implementasi dan pencapaian dalam transformasi kesehatan akan memenuhi dan memeratakan pelayanan kesehatan yang berkualitas di seluruh pelosok Indonesia. Kebijakan

transformasi ini kemudian diperkuat dengan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

8. Internal Transformation Office

Transformasi organisasi dan budaya kerja yang dilakukan oleh Internal Transformation Office (ITO) sejak awal 2022 menjadi nakhoda dalam melakukan perubahan budaya kerja agar pelaksanaan pada 6 pilar transformasi kesehatan dapat dilakukan secara berkesinambungan. Budi Gunadi Sadikin dalam sambutannya dalam acara Perubahan Budaya Kerja menyampaikan bahwa transformasi organisasi dan budaya kerja sebagai pilar ketujuh transformasi kesehatan merupakan transformasi untuk internal Kemenkes dan bukan untuk umum. Transformasi internal ini demi menciptakan kualitas insan Kemenkes yang hebat sehingga tujuan dan cita-cita bangsa dapat terwujud.

Gerakan Perubahan Budaya Kerja yang diluncurkan pada 19 Februari 2024 berfokus pada tiga tema utama: Eksekusi Efektif, Cara Kerja Baru, dan Pelayanan Unggul. Ketiga tema ini dirumuskan berdasarkan Core Value ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif), yang mencerminkan semangat pembaruan dalam tubuh birokrasi kesehatan.

Implementasi program perubahan budaya kerja dilakukan melalui empat strategi kunci. *Pertama*, penetapan regulasi dan pedoman, termasuk Penerbitan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1043/2024 tentang Pedoman Budaya Kerja. *Kedua*, pelaksanaan *Training of Trainer* untuk mempersiapkan agen perubahan di tingkat pusat dan daerah. *Ketiga*, diseminasi budaya kerja yang mencakup 8 unit utama dan 164 unit kerja UPT, Leader of Change (LoC) dan Champion (agen perubahan yang terdiri dari ASN muda di berbagai unit kerja Kemenkes); selama periode Februari hingga Oktober 2024. *Keempat*, kampanye budaya kerja melalui berbagai media, termasuk media sosial dan festival budaya kerja.



Gambar 4.8: Target Transformasi Internal Kemenkes. Sumber: Kemenkes RI



Gambar 4.9: Transformasi Logo Kementerian Kesehatan RI. Sumber Kemenkes RI

Sebagai bagian dari upaya transformasi, ITO juga menginisiasi rebranding identitas visual Kementerian Kesehatan. Logo baru Kemenkes diluncurkan sebagai simbol semangat transformasi, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5/2024. Logo baru ini tidak hanya berlaku di kantor pusat, tetapi juga diterapkan hingga ke tingkat Unit Pelaksana Teknis (UPT), mencerminkan upaya penyeragaman identitas di seluruh jajaran Kementerian Kesehatan. Visualisasi logo baru ini sebagai representasi budaya kerja yang lebih efisien, produktif dan berorientasi pada pelayanan unggul

Dalam aspek pengembangan sumber daya manusia, ITO berperan dalam peluncuran Corporate University Kemenkes yang menawarkan program pembelajaran komprehensif. Salah satu inisiatif unggulan adalah Managerial Leadership Program, yang mencakup 9 topik pembelajaran dengan total 278 jam belajar. Program ini menggabungkan metode klasikal dan non-klasikal, termasuk action learning project, coaching & mentoring, serta benchmarking ke berbagai institusi terkemuka. ITO juga aktif mendorong kolaborasi dengan berbagai pihak untuk pengembangan kompetensi pegawai Kemenkes. Tercatat 1.160 ASN Kemenkes telah mengikuti berbagai kegiatan pengembangan kompetensi hasil kolaborasi dengan Kementerian/Lembaga lain, organisasi internasional, dan pihak swasta. Kerjasama internasional juga dijalin, seperti dengan Aceso Global untuk pelatihan analisis kebijakan bagi pimpinan tingkat tinggi dan menengah.

Demi mendukung proses pembelajaran yang berkelanjutan, program ITO juga mengembangkan platform digital berupa *Learning Management System* (LMS) dan *Knowledge Management System* (KMS). Kedua platform ini memfasilitasi akses pegawai terhadap berbagai sumber pembelajaran dan pengetahuan secara daring, mendukung konsep organisasi pembelajar yang diterapkan Kemenkes. Selain itu, ITO berperan penting dalam mengakselerasi implementasi 6 pilar transformasi sistem kesehatan melalui program pengembangan kompetensi dan perubahan budaya kerja. Upaya ini bertujuan memastikan SDM Kemenkes memiliki kapasitas dan pola pikir yang selaras dengan tujuan transformasi kesehatan nasional, mencakup peningkatan layanan primer, reformasi sistem rujukan, peningkatan kualitas rumah sakit, ketahanan kesehatan, penggunaan

teknologi kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.

Pemantauan dan evaluasi berkelanjutan terhadap proses transformasi internal juga dilaksanakan melalui *organisational health index* dan *pulse check*, yang mengukur tingkat kesehatan organisasi dan mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan. Hasil survei terbaru menunjukkan tren perbaikan dalam berbagai dimensi organisasi, termasuk kepemimpinan, komunikasi, dan akuntabilitas. Berbagai inisiatif dan program yang dijalankan merupakan upaya mendorong perubahan fundamental di tubuh Kementerian Kesehatan, yang tidak hanya meningkatkan efisiensi dan efektivitas internal organisasi, tetapi juga untuk memastikan bahwa Kemenkes mampu menjalankan perannya sebagai motor penggerak transformasi sistem kesehatan nasional.

H. Simpulan

Meskipun periode pandemi hampir meruntuhkan sistem kesehatan nasional, namun tidak dapat dipungkiri bahwa Kementerian Kesehatan atau negara pada umumnya melahirkan sejumlah kebijakan atau pencapaian penting pada periode ini. Dari sisi tata kelola, kebijakan kolaborasi lintas sektor dapat dikatakan menjadi keunggulan kebijakan kesehatan. Pandemi COVID-19 telah membuktikan bahwa persoalan wabah kesehatan bukan semata-mata menjadi urusan Kementerian Kesehatan, tetapi juga memerlukan uluran dari badan atau ahli dari bidang kebencanaan, ekonomi, hukum, dan lain-lain. Salah satu hasil yang cukup membanggakan dari upaya kolaborasi lintas sektor adalah perolehan vaksin melalui diplomasi vaksin yang dilakukan oleh Kementerian Luar Negeri dengan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan lembaga kementerian maupun non kementerian lainnya.

Dari sisi kebijakan produk kesehatan, khususnya obat dan alat kesehatan selama pandemi COVID-19, kebijakan kesehatan Indonesia berhasil memastikan ketersediaan obat dan alat kesehatan melalui pengadaan terpusat, optimalisasi stok nasional, dan kerja sama internasional. Pemerintah juga mengembangkan teknologi lokal, seperti aplikasi SMILE untuk distribusi vaksin, ventilator lokal, dan vaksin COVID-19 dalam negeri seperti InaVac dan IndoVac. Pada saat yang sama, pilar transformasi sistem ketahanan kesehatan memprioritaskan kemandirian farmasi dan alat kesehatan dengan meningkatkan produksi bahan baku obat, antigen vaksin, serta alat kesehatan berteknologi tinggi di dalam negeri. Upaya ini didukung kebijakan TKDN (Tingkat Komponen Dalam Negeri), percepatan uji klinis, dan insentif bagi produsen lokal. Langkah-langkah ini mencerminkan komitmen pemerintah untuk mengurangi ketergantungan impor, membangun ketahanan kesehatan nasional, dan meningkatkan daya saing

industri kesehatan dalam menghadapi tantangan di masa depan..

Sedangkan dari sisi Kebijakan sistem informasi kesehatan selama pandemi COVID-19 mempercepat transformasi digital dengan mengintegrasikan data kesehatan melalui aplikasi seperti PeduliLindungi dan SATUSEHAT. Sistem ini mendukung pelacakan, pengelolaan data pasien, dan layanan telemedicine, sehingga meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Langkah ini juga melibatkan penguatan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) serta peluncuran Digital Transformation Office (DTO) untuk memastikan data akurat dan mendukung pengambilan keputusan berbasis teknologi, membantu Indonesia lebih siap menghadapi tantangan kesehatan di masa depan.



Gerakan Canthelan Sayur Gratis yang diinisiasi oleh Kagama di Yogyakarta sejak Juni 2020, sangat membantu ekonomi masyarakat di tengah Pandemi Covid-19, sumber: kagama.id



Presiden Jokowi umumkan mencabut status Pandemi Covid-19 di Indonesia sejak 1 Juni 2023, sumber: Youtube Sekretariat Presiden RI

















BAB 5

Era Baru Sistem Kesehatan Indonesia: Kebijakan Kesehatan Pada Masa Pasca COVID-19

BAB 5
Era Baru Sistem Kesehatan Indonesia: Kebijakan Kesehatan Pada Masa Pasca COVID-19

Bab ini secara khusus membahas mengenai kebijakan kesehatan pada masa pasca COVID-19 terutama mengenai proses penyusunan UU No. 17 tahun 2023 yang disusun dengan menggunakan pendekatan *Omnibus Law.* Peristiwa Pandemi COVID-19 telah menunjukkan bahwa sistem kesehatan Indonesia masih terbelakang (*left behind*). Diperlukan reformasi besar-besaran untuk memperbaiki dan memperkuat sistem kesehatan Indonesia dalam menghadapi tantangan kesehatan pada masa mendatang. Berangkat dari semangat untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas, Kementerian Kesehatan menginisiasi dilakukannya transformasi kesehatan yang mencakup 6 pilar. Transformasi kesehatan ini, kemudian menjadi landasan filosofis pembentukan UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dengan pendekatan *Omnibus Law.*

Transformasi sistem kesehatan Indonesia membutuhkan dukungan transformasi regulasi yang bertujuan untuk memenuhi hak masyarakat, menciptakan undang-undang yang berdaya dan berhasil guna, serta mampu implementatif. UU Kesehatan ini melaksanakan amanah dari Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28H ayat (1) yang menyatakan bahwa, "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan,*" dan Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa, "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*". Undang-Undang Kesehatan ini merupakan tonggak penting dalam reformasi sektor kesehatan Indonesia. Undang-undang ini secara khusus menetapkan tujuan untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau geografis.

A. Kepemimpinan atau Tata Kelola

Secara umum, kebijakan kesehatan pasca pandemi COVID-19 bertumpu pada Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 tahun 2023 telah disahkan pada tanggal 11 Juli 2023. Proses perubahan UU Kesehatan dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), dan sejumlah organisasi profesi di bidang kesehatan lainnya. Undang-Undang Kesehatan disusun dengan menggunakan metode *Omnibus Law* dengan banyak peraturan yang diubah yang tidak hanya berasal dari muatan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, namun juga UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, UU no. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, UU No. 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, dan UU No. 419 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras.

Berbagai perubahan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 membawa implikasi bagi sistem kesehatan di Indonesia secara reformis. Perubahan ini dapat ditangkap sebagai peluang dan tantangan dalam mewujudnyatakan era baru sistem kesehatan di Indonesia, baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Hal ini dibahas secara ringkas dalam tinjauan yang secara khusus menyoroti 11 Undang-Undang yang dicabut pasca disahkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Kesehatan disusun dengan menggunakan metode *Omnibus Law* yang umumnya digunakan pada negara-negara yang menerapkan sistem hukum *common law,* seperti Kanada, Irlandia atau Amerika Serikat. Selain metode *Omnibus Law* juga terdapat metode-metode pembentukan perundang-undangan lainnya, misalnya seperti *Guillotine Approach, One-in, One-out Rule, One-in, Two-out Rule, One-in, Three -out Rule, The Red Tape Challenge,* dan masih banyak lagi. Tujuan dari metode-metode tersebut memiliki kemiripan, yaitu untuk menyederhanakan pembentukan peraturan perundang-undangan. Keuntungan dari pembentukan regulasi menggunakan metode *Omnibus Law* yaitu, pada regulasi yang hendak dibentuk atau diamandemen dapat lebih terintegrasi. Harapannya dengan integrasi tersebut ada harmonisasi dan konsolidasi sehingga meminimalisir pertentangan hukum yang ada di dalamnya.

Undang-Undang Kesehatan sebagai dasar hukum dari Transformasi Sistem Kesehatan terdiri dari 20 Bab dimana setiap bab dan pasalnya saling terkait sesuai

dengan prinsip reformasi. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 juga memberikan perintah untuk membentuk peraturan pelaksana dari Undang-Undang yang berjumlah kurang lebih 121 dalam bentuk Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri dan Produk Keputusan. Kemudian, pemerintah juga menginisiasi pembentukan Peraturan Pemerintah yang berjumlah 101 ke dalam metode yang sama, yaitu *Omnibus Law*. Saat ini dari Rancangan Peraturan Pemerintah yang dipublikasikan oleh Pemerintah melalui situs resmi Kementerian Kesehatan, berjumlah 1165 pasal yang berisikan materi-materi yang diperintahkan oleh Undang-Undang No. 17 Tahun 2023.

Pengesahan UU Kesehatan yang disusun menggunakan metode *Omnibus Law* ini menimbulkan implikasi terhadap upaya pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pendukung pelayanan kesehatan, serta aspek hukum kesehatan. Upaya pelayanan kesehatan memasuki era baru dalam reformasi kesehatan dengan adanya UU Kesehatan. Pelayanan paliatif di Indonesia juga terdampak oleh UU Kesehatan yang mengatur sistem pelayanan kesehatan secara reformis, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Sebagai UU yang memiliki sifat reformis, pasal-pasal dalam UU Kesehatan bersifat saling terkait, sehingga berbagai perubahan regulasi upaya kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan ketentuan mengenai sumber daya kesehatan, sumber daya manusia, hingga pendanaan kesehatan.

Selain implikasi terhadap upaya pelayanan kesehatan, pengundangan UU Kesehatan juga memberikan dampak terhadap sumber daya kesehatan, sumber daya manusia, teknologi, hingga pendanaan kesehatan, sebagai konsekuensi kebijakan yang memutar berbagai knob sistem kesehatan secara bersamaan. *Task shifting*, model residensi, sertifikasi, hingga model *Academic Health System* merupakan beberapa alternatif pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia yang muncul sebagai dampak pengesahan UU Kesehatan. Di samping itu, tata kelola sistem kesehatan dan fasilitas kesehatan, termasuk tata kelola RS, juga dihadapkan pada peluang dan tantangan baru. UU Kesehatan juga memberikan implikasi terhadap aspek hukum, terutama dalam hal alternatif penyelesaian sengketa medis.

Belajar dari pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan juga mendorong pengembangan kebijakan kesehatan berbasis riset dan data. Dalam hal ini, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kemenkes memainkan peranan penting. Sebagai contoh, kini BKPK tengah menguatkan sistem pengumpulan data real-time untuk memperkuat sistem kesehatan. Cara pengumpulan data tersebut telah diimplementasikan di seluruh provinsi oleh Pusdatin-DTO melalui SATU SEHAT dan Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK). BKPK juga

menggencarkan kajian kebijakan dan inovasi kesehatan dengan memperluas kerja samanya dengan pemerintah, akademisi, hingga institusi swasta. Kini, fokus utamanya adalah mengembangkan solusi kesehatan berbasis teknologi hingga meningkatkan ketahanan farmasi dan bioteknologi dalam negeri.[1] Memperkuat data sebagai bahan pengambilan kebijakan, BKPK juga melakukan benchmarking ke sejumlah negara untuk memperoleh pembelajaran, contoh, dan gambaran kebijakan kesehatan berbasis data yang dianggap relevan dan dapat diadopsi oleh Indonesia.[2] Pengembangan kebijakan kesehatan juga diarahkan pada pengembangan sistem kesehatan yang tangguh terhadap situasi krisis dan bencana. Dalam konteks ini, BKPK bertugas untuk memperluas kerja sama internasional karena krisis kesehatan global tidak bisa diatasi oleh satu negara. Akhirnya, BKPK memperkuat kerja sama dengan ASEAN, G20, hingga WHO untuk berbagi informasi mengenai kesiapan sumber daya, pelayanan kesehatan, hingga teknologi kesehatan untuk menghadapi krisis.

B. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Pasca COVID-19, Indonesia mendapatkan pelajaran akan pentingnya sistem kesehatan. Sistem kesehatan yang tangguh, terintegrasi, dan inklusif. Pemerintah melakukan reformasi pasca pandemi yang diharapkan dapat memperkuat fondasi JKN, meningkatkan akses layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, serta menciptakan sistem kesehatan yang lebih siap menghadapi krisis di masa depan. Upaya yang dilakukan yaitu adanya transformasi sistem kesehatan. Salah satu pilar transformasi yaitu transformasi pembiayaan kesehatan. UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, istilah pembiayaan kesehatan berubah menjadi pendanaan kesehatan. Pendanaan kesehatan mempunyai tujuan untuk mendanai pembangunan Kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Sumber pendanaan kesehatan berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan dan penyusunan alokasi anggaran berdasarkan prinsip penganggaran berbasis kinerja.

Transformasi sistem pembiayaan kesehatan pasca Covid merupakan bagian integral dari upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas

1 Wawancara dengan Syarifah Liza Munira S.E, MPP., Ph.D, Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), Kementerian Kesehatan RI periode 2022-sekarang, pada 7 Oktober 2024.
2 Wawancara dengan Syarifah Liza Munira S.E, MPP., Ph.D, Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), Kementerian Kesehatan RI periode 2022-sekarang, pada 7 Oktober 2024.

layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Fokus utama transformasi ini adalah memastikan pembiayaan kesehatan yang cukup, adil, efektif, dan efisien, dengan penekanan khusus pada upaya promotif dan preventif. Demi mencapai tujuan ini, empat program prioritas telah ditetapkan: National Health Account (NHA), Health Technology Assessment (HTA), Konsolidasi Pembiayaan Kesehatan, dan Annual Review Tariff. Masing-masing program ini dirancang untuk mengatasi berbagai aspek pembiayaan kesehatan, mulai dari perencanaan dan alokasi hingga realisasi dan evaluasi.

Sebagai langkah strategis dalam mendukung transformasi sistem kesehatan, Kementerian Kesehatan juga mengimplementasikan program SISOIN (SIHREN, SOPHI, dan InPULS). Program ini merupakan mega proyek pengadaan alat kesehatan senilai Rp60 triliun yang direncanakan untuk jangka waktu 4-5 tahun, didanai melalui skema pinjaman dari sindikasi empat lembaga perbankan dunia. SISOIN terdiri dari tiga komponen utama yang bertujuan untuk memperkuat sistem layanan kesehatan rujukan, sistem kesehatan primer, dan kapasitas laboratorium kesehatan milik pemerintah. Implementasi SISOIN mencerminkan komitmen pemerintah dalam melakukan investasi besar-besaran di sektor kesehatan, yang tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan tetapi juga untuk mendorong pertumbuhan ekonomi melalui pengembangan industri alat kesehatan dalam negeri.

Transformasi pembiayaan kesehatan ini menandai pergeseran paradigma dalam kebijakan kesehatan nasional Indonesia, dari pendekatan yang lebih reaktif dan kuratif menuju pendekatan yang lebih proaktif, preventif, dan berbasis bukti. Melalui program-program seperti NHA, HTA, konsolidasi pembiayaan, dan SISOIN, pemerintah berupaya menciptakan sistem pembiayaan kesehatan yang lebih efisien, efektif, dan berkeadilan. Upaya ini juga mencakup peningkatan sinergi antara pemerintah pusat dan daerah, serta kolaborasi dengan sektor swasta dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat. Dengan pendekatan yang komprehensif ini, diharapkan kualitas layanan kesehatan dapat ditingkatkan dan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dapat diperluas di seluruh Indonesia, mendukung aspirasi negara untuk menjadi negara berpendapatan tinggi di masa depan.

1. Transformasi : Integrasi Pendanaan Kesehatan Nasional

a. National Health Account

Transformasi dan percepatan National Health Accounts (NHA) di Indonesia merupakan langkah strategis untuk meningkatkan efektivitas perencanaan dan pengambilan keputusan dalam sistem kesehatan nasional. Kementerian

Kesehatan Indonesia telah berkomitmen untuk mempercepat produksi NHA dari T-2 (dua tahun sebelum pelaksanaan program) menjadi T-1 (setahun sebelum pelaksanaan program).[3] Percepatan ini bertujuan untuk meningkatkan akurasi dan relevansi data dalam perencanaan belanja kesehatan.

Prinsip utama dalam NHA adalah efektifitas pembiayaan. Salah satu aspek penting dalam transformasi NHA adalah peningkatan granularitas data. Kementerian Kesehatan berupaya untuk mengembangkan akun pembelanjaan berdasarkan penyakit dan memperkuat pelacakan pengeluaran obat-obatan serta pelayanan kesehatan primer.[4] Hal ini memungkinkan analisis yang lebih mendalam tentang alokasi sumber daya kesehatan dan efektivitas intervensi untuk penyakit-penyakit spesifik.

Demi mendukung transformasi ini, Indonesia telah mengadopsi praktik terbaik internasional, seperti penggunaan System of Health Accounts (SHA) 2011, yang meningkatkan komparabilitas data kesehatan secara global. Implementasi SHA 2011 membantu Indonesia dalam mengidentifikasi dan mengatasi kesenjangan dalam sistem pelaporan keuangan kesehatan.[5] Pemanfaatan teknologi informasi juga menjadi kunci dalam percepatan NHA, untuk memfasilitasi pengumpulan dan analisis data yang lebih cepat dan akurat. Sistem ini memungkinkan pemantauan *real-time* terhadap pengeluaran kesehatan dan membantu dalam identifikasi area yang memerlukan intervensi segera.

Pemanfaatan NHA di negara lain, memiliki dampak positif, misalnya pada penguatan pelacakan pengeluaran obat-obatan dan pelayanan kesehatan primer, mengadopsi praktik dari negara-negara seperti Filipina dan Malaysia, yang membantu dalam mengoptimalkan alokasi sumber daya untuk layanan kesehatan dasar.[6] Mexico, menggunakan data NHA untuk mengidentifikasi pengeluaran *out-of-pocket* yang tinggi, yang kemudian mendorong pembentukan program Seguro Popular untuk mencapai cakupan UHC.[7]

Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan WHO dan lembaga internasional lainnya untuk melatih tim teknis NHA dalam metodologi terbaru dan analisis data yang lebih canggih. Sepanjang tahun 2023-2024, WHO telah melakukan serangkaian konsultasi dan lokakarya untuk membantu Kementerian

3 https://jelajahekonomi.kontan.co.id/ekonomi-infrastruktur/news/inilah-transformasi-sistem-kesehatan-di-era-jokowi-untuk-layanan-kesehatan-masyarakat

4 Feby Oldfisra, "WHO Mendukung Reformasi Ambisius Akun Kesehatan Nasional" diakses melalui:https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/31-03-2024-who-supports-ambitious-national-health-account-reforms

5 *Ibid*.

6 *Ibid*

7 Akiko Maeda, Margareta Harrit, Shunsuke Mabuchi, Banafsheh Siadat, and Somil Nagpal *Creating Evidence for Better Health Financing Decisions: A Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts* (Washington DC: The World Bank, 2012)

Kesehatan memperkuat sistem NHA.

Namun, NHA di Indonesia menghadapi berbagai kendala dalam implementasinya. Fragmentasi data kesehatan menjadi tantangan utama. Masalah kualitas dan akurasi data juga signifikan, termasuk pencatatan yang tidak lengkap, inkonsisten, serta tidak efektif dan efisien. Ketiadaan standarisasi dan integrasi data kesehatan menghambat interoperabilitas, sementara keterlambatan analisis NHA, Provincial Health Account (PHA), dan District Health Account (DHA) yang baru tersedia setelah 2 tahun membuat pertimbangan menjadi kurang optimal. Keterbatasan data pengeluaran asuransi kesehatan nasional, baik milik pemerintah, lembaga nasional, maupun swasta juga menjadi kendala, ditambah dengan sistem pemerintahan yang terdesentralisasi yang menyulitkan pelaporan belanja kesehatan dari berbagai sumber di tingkat daerah. Tantangan lain mencakup keterbatasan kapasitas daerah dalam memproduksi DHA, serta kompleksitas pemahaman data NHA yang bersifat teknis bagi para pengambil kebijakan.[8]

b. Health Technology Assessment

Health Technology Assessment (HTA) atau Penilaian Teknologi Kesehatan JKN (PTK-JKN) didefinisikan sebagai pendekatan untuk menilai dampak penggunaan teknologi kesehatan dalam program JKN. Penilaian HTA telah diatur dalam Perpres 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dengan bentuk yang lebih praktis pada pedoman Permenkes 51 Tahun 2017. Sejak saat itu, HTA menjadi elemen penting untuk memastikan bahwa keputusan terkait layanan kesehatan dalam JKN dilakukan dengan pendekatan yang berkelanjutan dan efisien.

Pada tahun 2014, Kemenkes mendirikan Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (KPTK) melalui Kepmenkes No. 171/Menkes/SK/IV/2014 dan dilanjutkan dengan Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/422/2016 dibentuk Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Komite PTK) yang bertugas memberi rekomendasi kebijakan kepada Menteri Kesehatan tentang teknologi kesehatan yang dijamin atau menjadi prioritas dalam JKN. Seiring waktu, HTA semakin memainkan peran strategis, terutama sejak peluncuran program Transformasi Kesehatan pada 2021. HTA diharapkan memastikan bahwa setiap rekomendasi berbasis bukti kuat agar dapat diimplementasikan secara optimal, mendukung efisiensi, dan menjaga keberlanjutan anggaran kesehatan. Pada awal pembentukannya Komite PTK bekerjasama dan mendapatkan bantuan dari WHO, AIPHSS (the Australia-Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening), HITAP (the

8 https://chpm.fk.ugm.ac.id/reportase-pembiayaan-kesehatan-apakah-cukup-perspektif-akun-kesehatan-nasional/

Health Intervention and Technology Assessment Program), NICE (the National Institute of Health and Care Excellence), iDSI (the International Decision Support Initiative), PATH (the Program for Appropriate Technology in Health), ADP (the Access and Delivery Partnership), Komite PTK dapat mengawali tugasnya dengan baik.[9]

Sejak diluncurkan pada tahun 2014, Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK) Indonesia telah menghasilkan beberapa kebijakan penting terkait teknologi kesehatan dalam program JKN. Salah satu hasil utama adalah rekomendasi terkait penggunaan teknik pembedahan katarak, di mana studi PTK tahun 2019-2020 mengungkapkan bahwa teknik Fakoemulsifikasi lebih hemat biaya dibandingkan teknik ECCE (Extracapsular Cataract Extraction). Meskipun demikian, kedua teknik tersebut tetap terdaftar dalam paket manfaat JKN. Komite PTK juga telah memberikan rekomendasi terkait kriteria untuk prosedur operasi caesar menggunakan klasifikasi Robson dan telah berkontribusi dalam meningkatkan efektivitas penggunaan obat-obatan dalam program JKN. Tren penggunaan jenis obat dalam program JKN-KIS menunjukkan peningkatan dari 3,6% pada tahun 2016 menjadi 4,4% pada tahun 2020, yang tidak lepas dari penerapan studi PTK dalam paket manfaat Program JKN-KIS.[10]

Komite PTK juga telah melakukan sejumlah kajian teknologi kesehatan secara komprehensif, mencakup aspek efikasi, efektivitas, keamanan, analisis biaya, hingga analisis dampak anggaran. Meskipun jumlah studi yang dilakukan masih terbatas (11 studi hingga tahun 2019), upaya ini telah membantu dalam pengambilan keputusan berbasis bukti untuk teknologi kesehatan yang dibutuhkan dalam sistem JKN.[11]

Pada tanggal 18 Oktober 2024, Kemenkes meresmikan Proses Bisnis Health Technology Assessment (HTA) Satu Pintu Satu Standar, yang menandai langkah besar dalam reformasi kebijakan kesehatan nasional. Proses bisnis HTA satu pintu disusun dengan mengadopsi praktik terbaik dari berbagai negara, dan menjadi landasan baru dalam penyediaan layanan kesehatan yang efektif. Di negara-negara seperti Inggris, Australia, dan Singapura, HTA telah menjadi pondasi dalam menentukan layanan kesehatan yang dijamin oleh pemerintah.

Berbagai inovasi dihadirkan melalui Proses Bisnis HTA Satu Pintu Satu Standar, seperti pembentukan platform terintegrasi yang memungkinkan pengajuan usulan topik HTA secara terpusat melalui mekanisme *Stakeholder-led*

9 Kemenkes RI, *Buku Panduan Penilaian Teknologi Kesehatan : Efektivitas Klinis dan Evaluasi Ekonomi*. (Jakarta: P2JK, Kemenkes RI. 2017)

10 https://www.antaranews.com/berita/2702705/penilaian-teknologi-kesehatan-dukung-peningkatan-mutu-layanan-jkn

11 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7879649/

Submission (SLS). Inisiatif lain termasuk pengembangan metode adaptive HTA serta penerapan konsep *value-based pricing* untuk menekan harga teknologi kesehatan tanpa mengorbankan kualitasnya.[12]

Dinamisasi pelaksanaan HTA telah mengalami berbagai pergolakan dan tantangan sejak pembentukannya pada tahun 2014. Meskipun telah memiliki landasan hukum, implementasi HTA menghadapi berbagai kendala seperti keterbatasan infrastruktur, sumber daya keuangan, dan kapasitas teknis yang belum memadai. Transformasi sistem pada Oktober 2024 melalui peluncuran Proses Bisnis HTA Satu Pintu Satu Standar merupakan upaya untuk mengatasi kompleksitas dan ketidakefisienan dalam proses evaluasi teknologi kesehatan.

Namun, dinamika politik dan tekanan dari berbagai pemangku kepentingan, terutama industri farmasi, seringkali mempengaruhi independensi dan kecepatan pengambilan keputusan. Posisi unit HTA yang masih terhubung dengan Kemenkes juga menimbulkan potensi tantangan tersendiri, dimana rekomendasi HTA terkadang mengalami keterlambatan atau bahkan diabaikan karena berbagai kepentingan. Meskipun demikian, perkembangan positif terlihat dengan adanya adopsi praktik terbaik dari negara-negara maju seperti Inggris, Australia, dan Singapura, serta implementasi mekanisme SLS dan *value-based pricing* yang diharapkan dapat memperkuat sistem HTA di Indonesia.

c. *Annual Review Tarif* JKN

Inisiasi annual review tariff merupakan salah satu langkah penting dalam transformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Kebijakan ini, yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan, bertujuan untuk melakukan penyesuaian tarif layanan kesehatan secara berkala dalam program JKN. Langkah ini menjadi bagian integral dari upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan.

Sejak diimplementasikannya program JKN pada tahun 2014, tarif layanan kesehatan telah mengalami beberapa kali penyesuaian. Namun, penyesuaian tersebut seringkali bersifat reaktif dan tidak terstruktur. Menyadari pentingnya penyesuaian tarif yang lebih terencana dan berbasis data, Kementerian Kesehatan pada tahun 2023 menginisiasi kebijakan annual review tariff. Kebijakan ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.[13] Tujuan utama dari penyesuaian annual tariff JKN adalah untuk memastikan keseimbangan antara kualitas layanan kesehatan dan

12 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241020/1846667/launching-proses-bisnis-hta-untuk-layanan-kesehatan-yang-lebih-baik/

13 https://kemkes.go.id/id/%20ini-dia-standar-tarif-baru-pelayanan-jkn

keberlanjutan finansial program. Target review tarif dilakukan secara berkala setiap 2 tahun sekali, dengan target peluncuran berikutnya pada 25 Juli 2025.[14]

Proses review tarif melibatkan kajian aktuaria yang dilakukan bersama Kementerian Keuangan, Kementerian Ketenagakerjaan, DJSN, dan BPJS Kesehatan. Kajian komprehensif ini bertujuan untuk memastikan penyesuaian tarif yang akurat dan berkeadilan bagi semua pihak yang terlibat dalam ekosistem JKN.

Review berkala bertujuan agar pemerintah dapat memantau dan menyesuaikan tarif sesuai dengan dinamika biaya kesehatan, inflasi, dan perkembangan teknologi medis. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan, menjamin akses yang lebih baik bagi masyarakat, serta memastikan keberlanjutan program JKN dalam jangka panjang. Dampak signifikan bagi fasilitas kesehatan dan penyedia layanan, salah satunya untuk meningkatkan kualitas layanan dan investasi pada infrastruktur serta sumber daya manusia. Sementara bagi tenaga medis, kebijakan ini berpotensi meningkatkan remunerasi, yang pada gilirannya dapat meningkatkan motivasi dan kinerja. Namun, tantangannya adalah memastikan bahwa peningkatan tarif tidak membebani masyarakat dan tetap menjaga prinsip gotong royong dalam sistem JKN.

Annual review tariff juga dipandang sebagai salah satu upaya pencegahan fraud dalam sistem kesehatan. Dengan penyesuaian tarif yang lebih realistis dan berbasis data, diharapkan dapat mengurangi motivasi fasilitas kesehatan untuk melakukan kecurangan dalam klaim. Proses review yang transparan dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dapat meningkatkan akuntabilitas dalam pengelolaan dana JKN.

Dampak kebijakan ini terhadap dinamika pendanaan kesehatan cukup kompleks. Di satu sisi, penyesuaian tarif dapat meningkatkan beban keuangan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN. Namun di sisi lain, tarif yang lebih realistis dapat mendorong efisiensi dan mengurangi potensi defisit dalam jangka panjang. Pemerintah juga perlu mempertimbangkan dampak terhadap iuran peserta JKN, meskipun hingga saat ini dinyatakan bahwa penyesuaian tarif tidak akan mempengaruhi iuran yang dibayarkan masyarakat.

Opsi terburuk yang mungkin terjadi adalah jika penyesuaian tarif tidak diimbangi dengan peningkatan efisiensi dan kualitas layanan. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan beban keuangan negara tanpa perbaikan signifikan pada outcome kesehatan masyarakat. Selain itu, ada risiko resistensi dari

14 https://jelajahekonomi.kontan.co.id/ekonomi-infrastruktur/news/inilah-transformasi-sistem-kesehatan-di-era-jokowi-untuk-layanan-kesehatan-masyarakat

berbagai pihak, terutama jika proses review dianggap tidak transparan atau tidak mempertimbangkan kepentingan semua stakeholder.

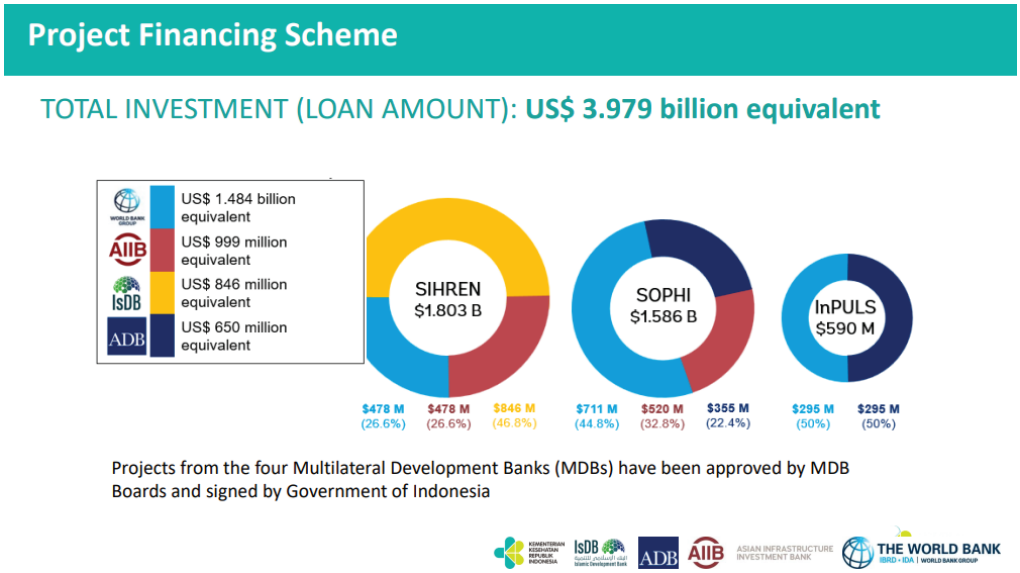
2. Sumber Pembiayaan Asing

Pembiayaan kesehatan pasca COVID-19 di Indonesia menghadapi tantangan baru seiring dengan berakhirnya masa pandemi. Pasca COVID-19, anggaran kesehatan di Indonesia mengalami penurunan signifikan, kembali ke tingkat sebelum pandemi, sekitar Rp 90 triliun di APBN. Selama pandemi, anggaran kesehatan melonjak tajam dengan tambahan sekitar Rp 136 triliun yang bersumber dari dana Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) untuk mendukung berbagai upaya penanganan COVID-19, seperti vaksinasi, pengobatan, dan penelitian. Namun, setelah pandemi mereda, anggaran ini dikembalikan ke alokasi semula. Meskipun demikian, Kementerian Kesehatan tetap berfokus pada prioritas kesehatan nasional yang mendesak, khususnya penanganan penyakit tidak menular seperti kanker, jantung, stroke, dan uro-nefro, dengan rencana peningkatan anggaran untuk penyakit-penyakit tersebut melalui pinjaman luar negeri.[15]

Presidensi KTT G20 di Bali pada November 2022 merumuskan salah satu inisiatif penting yang muncul dari forum G20 adalah peluncuran *Pandemic Fund*, yang dapat menjadi sumber pembiayaan potensial. *Pandemic Fund* adalah sebuah inisiatif global yang didirikan untuk memperkuat kemampuan negara-negara dalam merespons ancaman pandemi di masa depan. Dikelola oleh berbagai organisasi internasional, termasuk Bank Dunia dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), dana ini menyediakan dukungan finansial kepada negara-negara untuk meningkatkan kapasitas sistem kesehatan dan kesiapsiagaan mereka terhadap pandemi. Dana tersebut bertujuan untuk mencegah, mendeteksi, dan merespons secara efektif wabah-wabah penyakit yang berpotensi menjadi pandemi, serta memperkuat sistem kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Indonesia baru-baru ini menerima hibah sebesar 24,9 juta dolar AS dari Pandemic Fund, bagian dari total alokasi global sebesar 418 juta dolar AS yang diberikan kepada 40 negara. Hibah ini akan digunakan untuk memperkuat respons terhadap pandemi melalui peningkatan kapasitas laboratorium, surveilans kesehatan, penguatan tenaga kesehatan, dan komunikasi risiko di tingkat nasional. Indonesia mengajukan proposal yang dipimpin oleh Kementerian Kesehatan, dalam program CARE-I, dengan dukungan dari berbagai lembaga internasional seperti Bank Dunia, WHO, dan FAO. Proposal tersebut

15 Wawancara dengan Drs. Bayu Teja Muliawan, SH, M.Pharm, MM, Apt., Staf Ahli Menteri Bidang Ekonomi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, pada 4 Oktober 2024.



Grafik 5.1: Skema Pinjaman dari Luar Negeri. Sumber: Kementerian Kesehatan RI

menempati peringkat tertinggi di antara negara-negara penerima dana.[16]

Opsi pembiayaan yang turut menjadi peluang bagi Indonesia dalam akselerasi layanan kesehatan masyarakat untuk menghadapi Indonesia Emas 2045, adalah pinjaman internasional. Dalam situs IHSS (Indonesia Health Systems Strengthening Project), yang merupakan "white book" dalam rancangan penguatan sistem layanan melalui pinjaman asing, dikenal 3 skema : SIHREN, SOPHI, InPULS.

Program SIHREN, SOPHI, dan InPULS (SISOIN) sendiri bertujuan untuk memperkuat sistem kesehatan di Indonesia. Ketiga program ini didanai melalui pinjaman sindikasi dari empat lembaga perbankan dunia, yaitu World Bank, Asian Infrastructure Investment Bank (AIIB), Asian Development Bank (ADB), dan Islamic Development Bank (IsDB). Total pinjaman yang disetujui mencapai Rp 62 triliun, dengan jangka waktu pengadaan antara 4 hingga 5 tahun.[17]

Dana yang tersedia dialokasikan ke masing-masing program sesuai dengan tujuan utamanya. Program SIHREN (*Strengthening Indonesia's HealthCare Referral*

16 "Indonesia Terima Dana Hibah Pandemic Fund untuk Penguatan Respons Pandemi", *Biro Komunikasi Kementerian Kesehatan RI*, edisi 19 Oktober 2024, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241019/2046662/indonesia-terima-dana-hibah-pandemic-fund-untuk-penguatan-respons-pandemi/

17 VENDOR CONFERENCE Details on SIHREN, SOPHI & InPULS Project Ministry of Health Jakarta, November 7th , 2023

Network) berfokus pada penguatan sistem layanan kesehatan rujukan di Indonesia untuk memastikan akses yang lebih cepat dan efektif bagi pasien yang membutuhkan layanan tingkat lanjut. SOPHI *(Strengthening Primary Healthcare)* bertujuan memperkuat sistem kesehatan primer, yang mencakup fasilitas seperti Puskesmas, Pustu, dan Posyandu, sehingga pelayanan kesehatan di tingkat dasar dapat lebih merata dan berkualitas. Sementara itu, InPULS *(Indonesia Public Laboratory System Strengthening)* diarahkan untuk meningkatkan kapasitas laboratorium kesehatan publik di Indonesia, yang berperan penting dalam mendukung pelayanan kesehatan yang andal dan tangguh. Melalui implementasi ketiga program ini, diharapkan kualitas dan ketahanan layanan kesehatan di Indonesia dapat ditingkatkan guna mendukung pencapaian visi Indonesia Emas 2045.

Transformasi pendanaan kesehatan di Indonesia telah membawa perubahan signifikan dalam lanskap sistem kesehatan nasional. Melalui inisiatif seperti percepatan National Health Accounts (NHA), penguatan Health Technology Assessment (HTA), dan implementasi *annual review tariff* JKN, pemerintah berupaya meningkatkan efisiensi dan efektivitas alokasi sumber daya kesehatan. Langkah-langkah ini tidak hanya bertujuan untuk memperbaiki kualitas layanan kesehatan, tetapi juga untuk menjamin keberlanjutan finansial program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam jangka panjang.

Namun, di tengah upaya transformatif ini, Indonesia juga menghadapi tantangan pasca-COVID-19, termasuk penurunan anggaran kesehatan ke level pra-pandemi. Untuk mengatasi kesenjangan pendanaan, pemerintah telah mengambil langkah strategis dengan memanfaatkan sumber pembiayaan asing, seperti potensi pinjaman *Pandemic Fund* dan pinjaman internasional melalui program SIHREN, SOPHI, dan InPULS. Inisiatif ini diharapkan dapat memperkuat sistem kesehatan Indonesia, terutama dalam menghadapi ancaman pandemi di masa depan dan mencapai visi Indonesia Emas 2045.

Meskipun demikian, pertanyaan kritis yang muncul adalah: Sejauh mana ketergantungan pada pembiayaan asing ini dapat mempengaruhi kemandirian dan keberlanjutan sistem kesehatan Indonesia dalam jangka panjang? Jawaban atas pertanyaan ini akan sangat menentukan arah kebijakan kesehatan nasional di masa mendatang, terutama dalam konteks menyeimbangkan kebutuhan pendanaan jangka pendek dengan aspirasi kemandirian sistem kesehatan jangka panjang.

C. Kebijakan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pada 28 November 2022 ratusan orang berkumpul tepat di depan Gedung DPR RI

di Senayan. Spanduk-spanduk dipasang, mobil komando dijadikan mimbar, dan pekik sorak-sorai berulang kali terdengar. Massa aksi di Senayan hari itu berasal dari beberapa elemen organisasi yang terdiri dari: Ikatan Dokter Indonesia, Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Ikatan Bidan Indonesia, dan Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia.[18] Bersama dengan massa dari beberapa organisasi tersebut hadir pula mahasiswa kesehatan dan keperawatan yang turut serta. Seruan aksi damai yang telah dicanangkan beberapa saat sebelumnya direspons oleh Kementerian Kesehatan dengan mengeluarkan surat edaran dengan nomor UM.01.05/I.2/17473/2022 yang intinya melarang para tenaga kesehatan mengikuti aksi tersebut.[19] Sanksi disiplin juga akan dikenakan bagi para tenaga kesehatan yang ikut turun aksi. Namun, pada hari senin itu aksi tetap berlangsung dan peserta aksi sama-sama meneriakkan hal yang sama: menolak RUU Kesehatan yang akan disusun dengan format omnibus law tersebut. Dalam aksi itu, terdapat 12 poin yang mereka ajukan sebagai alasan untuk menolak RUU Kesehatan, sebagian diantaranya terkait dengan masa depan pengelolaan SDM kesehatan di Indonesia.[20]

Berselang 6 hari sebelum aksi tersebut dilaksanakan, di lokasi yang sama, pada 22 November 2022, Badan Legislasi DPR mengadakan rapat kerja dengan Menteri Kesehatan dan Rapat Dengar Pendapat dengan BKKBN, BPJS Kesehatan, dan DJSN. Pertemuan tersebut dimaksudkan untuk mendapatkan masukan tentang RUU Kesehatan yang kemudian masuk pada Prolegnas prioritas tahun 2023. Pada pertemuan itu Menteri Kesehatan yang diwakili oleh wakilnya menyampaikan bahwa rasio tenaga kesehatan di Indonesia pada tahun 2022 masih begitu rendah jika dibandingkan dengan negara maju.[21] Padahal tenaga kesehatan yang cukup dan merata merupakan hal penting yang akan turut mempengaruhi fasilitas kesehatan. Menurut Wakil Menkes bahwa fasilitas kesehatan tidak akan bisa dibangun secara merata tanpa tersedianya tenaga kesehatan.[22]

18 "IDI, PDGI, PPNI, IBI dan YLKI Demo di DPR RI Tolak RUU kesehatan Omnibus Law", *tempo.co*, edisi 28 November 2022; "Ratusan Tenaga Kesehatan Demo di Depan Gedung DPR", *Kompas.id*, edisi 28 November 2022.

19 "Kemenkes Larang Dokter dan ASN Ikut Demo Tolak RUU Kesehatan", *Kompas.com*, edisi 28 November 2022.

20 Total terdapat 12 poin alasan yang disampaikan IDI dan PDGI ketika menggelar aksi penolakan terhadap RUU Kesehatan pada 28 November 2022. Semua poin tersebut dapat dilihat dalam: "RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI", *Tirto.id*, edisi 5 Desember 2022.

21 Catatan Rapat Kerja Badan Legislasi DPR RI dengan Menteri Kesehatan, dan RDP dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Dewan Jaminan Sosial serta Badan penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Rangka Penyusunan RUU tentang Kesehatan Tanggal 22 November 2022, hlm. 1.

22 *Ibid*., hlm. 3.

Masalah kurangnya tenaga kesehatan ini sebenarnya sudah tersingkap oleh terpaan pandemi COVID-19 yang terjadi semenjak 2020 dan juga lonjakan gangguan ginjal akut pada September 2022.[23] Ketika ditemui wartawan pada 12 Juli 2022, Budi Gunadi Sadikin menyatakan Indonesia masih kekurangan 160.000 dokter untuk mencapai standar ideal dari WHO yang mengharuskan keberadaan 1 dokter pada setiap 1.000 penduduk.[24] Dengan kemampuan meluluskan 12.000 dokter per tahun, menurut perhitungan singkatnya, diperlukan waktu paling tidak 14 tahun untuk mencapai kondisi ideal. Bagi Menkes 14 tahun adalah waktu yang sangat lama, sementara dalam rentang waktu tersebut posisi Indonesia akan begitu rawan. Kondisi posisi itulah inisiasi untuk membuat terobosan menemukan momentumnya.

Solusi yang dilakukan pemerintah yaitu melalui peningkatan kapasitas SDM kesehatan secara signifikan. Meskipun alat kesehatan dapat dengan cepat diperoleh jika tersedia dana, pengembangan SDM di bidang kesehatan membutuhkan pendekatan dan waktu yang berbeda. Kapasitas fakultas kedokteran (FK) sebelumnya terbatas, dengan seleksi penerimaan yang kerap terpengaruh oleh koneksi pribadi, sehingga lulusan lebih terkonsentrasi di Pulau Jawa. Upaya peningkatan kapasitas pendidikan pun dilakukan melalui penyesuaian rasio dosen-mahasiswa yang kerap terkendala. Hingga akhirnya ditetapkan metode *hospital based* sebagai pendekatan baru dalam menghasilkan dokter spesialis yang memungkinkan para dokter menjalani magang pada spesialisasi tertentu untuk mendapatkan gelar spesialis melalui ujian kolegium tanpa harus menempuh jalur pendidikan spesialis di universitas (*university based*). Sistem *hospital based*, yang lazim digunakan di banyak negara lain, diprediksi mampu tidak hanya meningkatkan kapasitas pencetakan dokter spesialis hingga tiga kali lipat namun juga membantu pemerataannya.

Kebijakan lain yang dijalankan adalah dengan percepatan adaptasi bagi dokter diaspora. Penyederhanaan proses adaptasi, terutama bagi mereka yang memiliki pengalaman di rumah sakit ternama, seperti Mayo Clinic, sehingga dapat segera berpraktik di daerah yang membutuhkan. Tenaga kesehatan asing juga diizinkan bekerja di Indonesia, namun hanya jika berasal dari universitas terakreditasi dan dengan batas masa tinggal maksimal dua tahun, yang dapat diperpanjang hingga empat tahun untuk mendukung transfer pengetahuan sebelum kembali ke negara asal.[25]

Namun, selama proses penyusunannya, RUU Kesehatan memantik polemik

23 "Benang Kusut Paceklik Dokter di Balik Tragedi AKI", *tirto.id*, edisi 18 November 2022.
24 "Menkes Budi Gunadi: Indonesia Kekurangan 160.000 Dokter", *Kompas.com*, edisi 12 Juli 2022.
25 Wawancara dengan dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM, MARS Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI periode 2022 - sekarang pada 8 Oktober 2024.

yang begitu luas. Tidak terhitung berapa banyak kolom di media, gala wicara di layar kaca, hingga di platform streaming yang memuat ulasan rancangan UU tersebut. Melampaui medium-medium tersebut penolakan yang memantik aksi massa pun banyak terjadi. Dari tahun 2022 hingga menjelang RUU tersebut disahkan menjadi UU Kesehatan pada 13 Juli 2023 jalanan menjadi saksi beberapa kali para tenaga kesehatan turun aksi mengawal pembahasan RUU Kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang disahkan dalam Rapat Paripurna DPR ke-29 Masa Sidang V Tahun 2022-2023, di Gedung DPR, Senayan, Jakarta, Selasa 11 Juli 2023, bukan hanya membawa perubahan struktural di sektor kesehatan tetapi juga menantang banyak prinsip yang telah lama dijadikan landasan oleh organisasi profesi kesehatan. Beberapa perubahan signifikan dimuat dalam UU Kesehatan antara lain:

1. Penguatan peran pemerintah dalam mengendalikan proses sertifikasi dan penempatan tenaga kesehatan. Organisasi profesi yang selama ini menjadi pilar utama dalam mengatur sertifikasi dan disiplin anggotanya, kini memiliki peran yang lebih terbatas.
2. Surat Tanda Registrasi (STR) berlaku seumur hidup, tidak perlu diperpanjang secara berkala seperti sebelumnya.
3. Penghapusan rekomendasi organisasi profesi sebagai syarat untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP).
4. Perubahan struktur Konsil, Kolegium, dan Majelis Disiplin
5. Penambahan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis RS yang diselenggarakan oleh RS Penyelenggara Pendidikan Utama
6. Pengaturan tentang pemanfaatan tenaga kesehatan warga negara asing.
7. Pembinaan dan Pengawasan bagi SDM Kesehatan

Secara substansial, tujuan UU Kesehatan memperkuat peran pemerintah dalam mengendalikan proses sertifikasi dan penempatan tenaga kesehatan. Organisasi profesi, yang selama ini menjadi pilar utama dalam mengatur sertifikasi dan disiplin anggotanya, kini hanya memiliki peran pembinaan yang terbatas. Perubahan ini memicu resistensi dari berbagai kalangan yang merasa bahwa pemerintah terlalu campur tangan dalam urusan profesionalisme dan kualitas tenaga medis. Beberapa pihak bahkan berpendapat bahwa pengendalian penuh oleh pemerintah ini bisa menurunkan standar pelayanan kesehatan di Indonesia. Tidak hanya itu, ketimpangan distribusi dokter spesialis di berbagai wilayah, terutama di daerah terpencil, semakin diperburuk dengan panjangnya jalur pendidikan spesialis yang membutuhkan waktu bertahun-tahun.

Di tengah perdebatan panas ini, pemerintah perlu menunjukkan keseriusan

dan komitmennya dalam mengimplementasikan UU Kesehatan secara optimal, dengan tetap melibatkan masukan dari para pemangku kepentingan. Pengawasan dan perbaikan pelayanan kesehatan juga harus terus dilakukan agar reformasi ini benar-benar mampu mewujudkan sistem kesehatan Indonesia yang lebih baik, bukan justru melemahkannya.

Proses penyusunan RUU Kesehatan sendiri menuai kritik karena dinilai kurang melibatkan partisipasi yang bermakna (*meaningful participation*) dari pemangku kepentingan. Meski pemerintah mengklaim telah melakukan konsultasi publik, organisasi profesi merasa keterlibatan mereka sangat terbatas. Gelombang demonstrasi besar terjadi dari kalangan dokter, perawat, bidan, apoteker dan tenaga kesehatan lainnya. Mereka menolak UU Kesehatan karena dinilai melemahkan peran organisasi profesi, memudahkan dokter asing praktik di Indonesia, dan berpotensi memperburuk layanan kesehatan

Lima organisasi profesi IDI, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan aksi penolakan terhadap RUU Kesehatan. Mereka juga menilai UU Kesehatan cacat secara formil dalam proses pembentukannya. Kelima organisasi profesi tersebut mengajukan gugatan uji formil (*judicial review*) ke MK karena menilai UU itu tidak memenuhi syarat keterlibatan dan partisipasi masyarakat yang bermakna (*meaningful participation*) serta adanya penghambatan partisipasi dalam pembahasan RUU yang melanggar ketentuan pasal 22D ayat 2 UUD 1945 tentang partisipasi publik yang substansial. *Judicial review* diajukan dua bulan setelah RUU disahkan pada 19 September 2023 dengan nomor perkara 126/PUU/PAN.MK/AP3/09/2023.

Pada 29 Februari 2024, MK menolak permohonan uji formil tersebut melalui surat putusan 130/PUU-XXI/2023. MK memutuskan menolak permohonan uji formil para pemohon untuk seluruhnya karena dinilai tidak beralasan hukum dan proses pembentukan UU Kesehatan tidak bertentangan dengan UUD 1945 sehingga UU Kesehatan tetap mempunyai kekuatan hukum mengikat. Pertimbangan MK didasari 4 fakta hukum:

1. Pemohon telah diundang dalam konsultasi publik penyusunan UU
2. Kemenkes telah melakukan *public hearing*, FGD dan sosialisasi untuk memenuhi hak masyarakat
3. Saksi dari pemohon mengakui diundang dalam konsultasi publik dan dapat memberi masukan
4. Kemenkes memberi akses masyarakat terhadap draft RUU dan naskah akademik melalui website untuk menyampaikan pendapat melalui https://partisipasisehat.kemkes.go.id,

Setelah UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 disahkan, pemerintah segera memulai proses penyusunan Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Kesehatan sebagai aturan pelaksanaanya. Proses ini dimulai dengan partisipasi publik dan Penilaian dan Analisis Kebutuhan (PAK) pada Agustus-Oktober 2023. Kementerian Kesehatan melakukan serangkaian konsultasi publik, *Focus Group Discussion* (FGD), dan sosialisasi untuk menampung masukan dari berbagai pemangku kepentingan. Proses harmonisasi RPP berlangsung dari November 2023 hingga April 2024, melibatkan lintas kementerian dan lembaga terkait.[26]

Setelah melalui proses yang panjang, akhirnya Peraturan Pemerintah (PP) No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan disahkan pada 29 Juli 2024. PP ini terdiri dari 1.072 pasal yang mengatur berbagai aspek teknis pelaksanaan UU Kesehatan, mulai dari penyelenggaraan upaya kesehatan, pelayanan kesehatan, pengelolaan tenaga medis dan kesehatan, hingga fasilitas pelayanan kesehatan. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menyatakan bahwa terbitnya PP ini sebagai pijakan untuk mereformasi dan membangun sistem kesehatan yang tangguh di seluruh Indonesia.

Meskipun UU Kesehatan dan PP berupaya mendorong kolaborasi, banyak pihak menilai bahwa kebijakan ini belum menyentuh akar permasalahan—terutama soal insentif dan infrastruktur. Dalam situasi ini, isu tentang tenaga kesehatan asing yang diizinkan praktik dengan lebih mudah melalui UU Cipta Kerja, juga semakin memperkeruh suasana. Reformasi ini memunculkan pertanyaan besar: apakah kebijakan-kebijakan baru ini mampu memperbaiki sistem kesehatan Indonesia, atau justru akan merusak tatanan yang telah ada? Di tengah perdebatan panas antara pemerintah, organisasi profesi, dan masyarakat, pertaruhan besar sedang berlangsung untuk masa depan pelayanan kesehatan di Indonesia.

1. Penyediaan Dokter Spesialis

Transformasi sistem kesehatan Indonesia, dalam konteks penyediaan dokter spesialis, peran Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan, diperluas dengan mengelola, mengarahkan, dan mengawasi sistem kesehatan nasional dalam menjamin akses, kualitas, dan meratanya layanan kesehatan. Pendekatan ini dilakukan sebagai langkah perubahan signifikan salah satunya untuk mengatasi kekurangan dan disparitas dokter spesialis. Pemerintah secara aktif mengatur

26 "Pemerintah Terbitkan Aturan Pelaksana UU Kesehatan", *Kemenkes*, edisi 30 Juli 2024. Diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/pemerintah-terbitkan-aturan-pelaksana-uu-kesehatan

melalui perubahan kebijakan dan meningkatkan investasi pada sektor kesehatan, khususnya pada fasilitas dan pembiayaan pendidikan kesehatan professional.[27]

UU 17 tahun 2023 dan PP 28 tahun 2024, merupakan dua regulasi yang mencerminkan paradigma dimana pemerintah memiliki supremasi pelaksanaan konstitusi akan penyelenggara pendidikan dan kesehatan, yang merupakan kewajiban dasar yang harus disediakan oleh pemerintah sesuai undang-undang dasar. Pergeseran signifikan dalam pengaturan penyediaan spesialis dan peningkatan mutu layanan kesehatan mencakup transformasi sistem pendidikan spesialis menjadi model berbasis rumah sakit atau *hospital-based*.

Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) *hospital-based*, merupakan inisiatif baru yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia pada Mei 2024. Pasal yang mengatur *hospital-based*, baik dalam UU dan PP, bersifat *lex-specialis* yang memberi landasan hukum pada hal khusus. Tujuan program ini untuk mempercepat penyediaan dokter spesialis di seluruh Indonesia, terutama di daerah-daerah yang kekurangan tenaga medis. Melalui pendekatan yang berbeda dari sistem tradisional berbasis universitas (*university-based*), rumah sakit kini menjadi pusat utama dalam pendidikan dokter spesialis. Langkah ini diharapkan tidak hanya dapat mempercepat penambahan jumlah dokter spesialis, tetapi juga meningkatkan distribusi tenaga medis ke luar Pulau Jawa, yang selama ini menjadi pusat konsentrasi dokter spesialis. Namun, peluncuran program ini tidak lepas dari kritik dan perdebatan, terutama menyangkut kualitas pendidikan serta peran organisasi profesi dalam proses pengembangan kurikulum.

Isu kualitas pendidikan menjadi salah satu kritik utama terhadap program ini. Sejumlah pihak mengkhawatirkan bahwa pendekatan *hospital-based* tidak akan mampu menghasilkan dokter spesialis dengan kualitas setara dengan lulusan dari program university-based, yang memiliki sejarah panjang dalam pendidikan kedokteran di Indonesia. Kekhawatiran ini muncul karena peran universitas dianggap sangat penting dalam menyediakan lingkungan akademis yang mendukung proses pembelajaran yang mendalam dan sistematis. Namun, pemerintah menegaskan bahwa meskipun berbasis rumah sakit, kualitas lulusan hospital-based harus setara dengan lulusan university-based. Untuk menjamin mutu pendidikan, Kementerian Kesehatan menggandeng *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) dan ACGME International sebagai lembaga akreditasi yang diakui secara global, untuk memastikan program ini memenuhi standar internasional.[28]

27 Editorial. Daniel Tjen. Health care bill, a call for specialist education reform. 2023. www.thejakartapost.com/opinion/2023/04/10/health-care-bill-a-call-for-specialist-education-reform.html.

28 "Program Pendidikan Dokter Spesialis Hospital Based Dikawal Lembaga Akreditasi Global", *PERSI*,



Gambar 5.1: RS Penyelenggara Pendidikan Utama Hospital-Based Specialist. Sumber: Kemenkes RI

Di samping itu, peran organisasi profesi seperti IDI dan kolegium spesialis juga menjadi sorotan. Beberapa pihak merasa bahwa keterlibatan organisasi profesi dalam penyusunan kurikulum dan pengawasan pendidikan spesialis telah berkurang, seiring dengan semakin dominannya peran pemerintah dalam mengelola pendidikan ini. Namun, pemerintah menegaskan bahwa organisasi profesi tetap dilibatkan dalam proses penyusunan standar pendidikan dan kurikulum. Pemerintah berupaya menjaga keseimbangan antara pengawasan yang ketat untuk menjamin kualitas pendidikan dan pemberdayaan organisasi profesi dalam mengawasi perkembangan profesional tenaga medis.

Peserta PPDS ini diharapkan tidak hanya menjalani pendidikan klinis di rumah sakit, tetapi juga terikat dengan kewajiban pengabdian di daerah asal atau daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) setelah lulus.[29] Skema ini dirancang untuk mengatasi ketimpangan distribusi dokter spesialis yang selama ini terpusat di Pulau Jawa, di mana lebih dari 67% dokter spesialis berasal dari Jawa-Bali, sementara Kalimantan dan Indonesia Timur hanya menyumbang 2% dan 1% dokter spesialis masing-masing.[30]

edisi 13 Mei 2024. Diakses melalui: https://www.persi.or.id/program-pendidikan-dokter-spesialis-hospital-based-dikawal-lembaga-akreditasi-global/

29 "Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit Pendidikan Sebagai Penyelenggara Utama", *Sehatlah Negeriku*, edisi 27 September 2023.

30 "PPDS Jalur Hospital Based Resmi DIbuka, Kuliah Gratis Hingga Bantuan Biaya Hidup Perbulan", *Kemkes.go.id*, edisi 12 Agustus 2024. Diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/ppds-jalur-hospital-based-resmi-dibuka-kuliah-gratis-hingga-bantuan-biaya-hidup-perbulan

Selain itu, peserta yang terpilih dalam program ini juga mendapat dukungan penuh dari pemerintah, baik dari segi biaya pendidikan melalui beasiswa LPDP, maupun bantuan biaya hidup yang berkisar antara Rp 5-10 juta per bulan.[31] Sebagai imbalannya, setelah lulus mereka diwajibkan bekerja di daerah yang membutuhkan, dan pemerintah daerah akan merekrut mereka sebagai pegawai tetap rumah sakit daerah atau memberikan fasilitas menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS). Kebijakan ini diharapkan dapat meningkatkan retensi dokter spesialis di daerah terpencil, yang selama ini menjadi tantangan besar dalam pemerataan layanan kesehatan di Indonesia.[32]

Tabel 5.1: Perbandingan proses pendidikan spesialis Hospital-based dan University-based

Hospital Based	University Based
• Rumah Sakit Pendidikan (RSP-PU) • Gratis dengan gaji/ bantuan biaya hidup • Tenaga kontrak rumah sakit • Terikat kontrak untuk bekerja di rumah sakit yang ditentukan • Mengatasi masalah biaya pendidikan yang mahal • Kurang fleksibel dalam memilih tempat kerja setelah lulus • Lulusan menjadi dokter klinis, perlu tambahan kompetensi untuk menjadi dokter pendidik klinis	• Universitas melalui Fakultas Kedokteran • Berbayar (mahal) • Mahasiswa • Lebih fleksibel dalam memilih tempat kerja • Sistem yang sudah mapan dan teruji • Biaya pendidikan yang mahal • Lulusan dapat menjadi dokter klinis dan dokter pendidik klinis

Program PPDS *hospital-based* ini merupakan salah satu terobosan besar di sektor kesehatan Indonesia, meskipun masih menimbulkan pro-kontra. Implementasi yang baik dan koordinasi antar lembaga, terutama dengan melibatkan pemerintah daerah, rumah sakit, organisasi profesi, dan lembaga internasional, akan sangat menentukan keberhasilan program ini. Jika dijalankan dengan optimal, inisiatif ini tidak hanya dapat meningkatkan ketersediaan dokter spesialis, tetapi juga mewujudkan pemerataan akses layanan

31 "Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis RS Dibuka, Dokter dari Daerah Terpencil Diutamakan", *Kompas.id,* 12 Agustus 2024. Besarnya tunjangan biaya hidup ini ditentukan oleh tingkatan setiap dokter yang tengah menempuh pendidikan berbasis *hospital-based* tersebut. Pada tingkat junior jumlah tunjangan sebesar Rp 5 juta, untuk tingkat madya tunjangan berjumlah Rp 7,5 juta, dan bagi tingkat senior besarannya mencapai Rp 10 juta. Skema uang saku ini membagi beban pembiayaan pada LPDP dan rumah sakit tempat para dokter menjalani pendidikan. LPDP akan menanggung Rp 5 juta untuk setiap orangnya, sementara sisa besaran uang saku yang harus diberikan merupakan tanggung jawab pihak rumah sakit. Lihat dalam: "Berbasis Rumah Sakit Kemenkes Buka Program Dokter Spesialis", *Kedaulatan Rakyat*, edisi 14 Agustus 2024.

32 "Bolong-bolong Sistem Pendidikan Kedokteran", *Koran Tempo*, edisi 14 Desember 2022

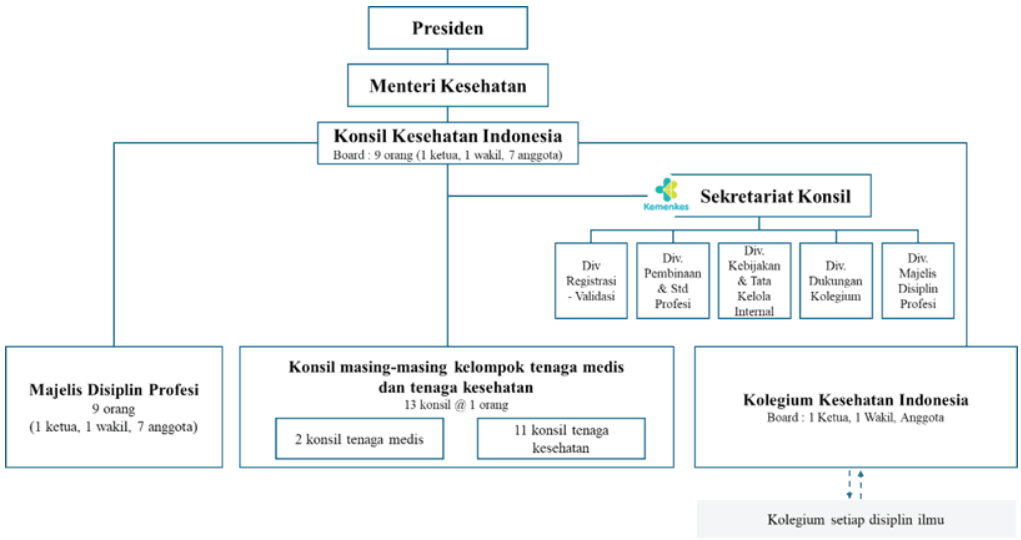
kesehatan yang berkualitas di seluruh pelosok negeri, sebuah langkah penting dalam membangun sistem kesehatan yang lebih inklusif dan berkeadilan di masa depan.

2. Rekonstruksi: Konsil – Kolegium – Majelis Disiplin

Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 telah membawa perubahan signifikan dalam struktur dan peran organisasi profesi kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, organisasi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) memegang peran sentral dalam penetapan standar profesi, standar kompetensi, hingga penegakan kode etik. Perubahan ini mencakup restrukturisasi Konsil, Kolegium, dan Majelis Disiplin, yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan objektivitas dalam penanganan pelanggaran etik dan disiplin. Konsil Kesehatan Indonesia kini dibentuk sebagai badan independen yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden melalui Menteri Kesehatan, tidak lagi dipisahkan menjadi Konsil Kedokteran Indonesia dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Kolegium, yang sebelumnya merupakan badan otonom dari organisasi profesi, kini menjadi alat kelengkapan Konsil, di bawah koordinasi Kolegium Kesehatan Indonesia. Sementara itu, Majelis Disiplin Profesi yang berada di bawah naungan Kementerian Kesehatan mengambil alih fungsi penegakan etika dan disiplin profesi dari organisasi profesi.

Perubahan ini telah menimbulkan kontroversi dan tantangan hukum. Organisasi profesi dan Kolegium telah mengajukan judicial review terhadap UU No. 17 Tahun 2023, khususnya mengenai pasal 272 ayat 2 yang menyatakan Kolegium sebagai alat kelengkapan Konsil. Mereka berpendapat bahwa etika dan disiplin profesi seharusnya menjadi ranah profesi itu sendiri, bukan diatur oleh pemerintah. Selain itu, Permenkes 12 Tahun 2024 tentang pemilihan anggota Kolegium juga menuai kritik karena dianggap melanggar independensi Kolegium dan prinsip transparansi serta akuntabilitas. Kewenangan Menteri Kesehatan dalam proses pemilihan anggota Kolegium dianggap melebihi batas kebijakan umum dan kurang melibatkan koordinasi dengan institusi pendidikan.

Rekonstruksi ini juga berdampak pada marginalisasi organisasi profesi, dengan penghapusan syarat rekomendasi organisasi profesi dalam penerbitan Surat Izin Praktik (SIP) dan pengalihan fungsi penegakan etika dan disiplin ke Majelis Disiplin Profesi. Perubahan mekanisme kontrol kualitas juga terjadi, dimana Surat Tanda Registrasi (STR) yang berlaku seumur hidup dianggap menghilangkan mekanisme pembaruan kompetensi berkala. Di sisi lain,



Gambar 5.2. Struktur Konsil Kedokteran Indonesia berdasarkan PP 28 tahun 2024. Sumber: Kemenkes RI

penyelenggaraan Kolegium sebagai alat kelengkapan Konsil diharapkan dapat mempercepat penyediaan dan pemerataan tenaga kesehatan, terutama dokter spesialis.

Dalam konteks internasional, hubungan antara badan regulasi (kolegium) dan asosiasi profesi bervariasi di berbagai negara. Di beberapa negara seperti Inggris, Irlandia, dan Kanada, badan hukum publik (kolegium) berfungsi berdampingan dengan asosiasi profesi independen. Sementara di negara seperti Finlandia, Jepang, dan Amerika Serikat, hanya asosiasi medis independen yang melaksanakan fungsi regulasi. Di negara-negara Eropa tertentu seperti Austria, Belgia, dan Jerman, pemerintah mengalihkan tugas regulasi kepada badan hukum publik di tingkat provinsi atau regional.[33]

Pada beberapa negara yang mengadopsi sistem serupa dengan Inggris, termasuk Indonesia, dibentuk badan quasi-government yang diberi mandat untuk mengatur standar pendidikan, kualitas, dan penetapan kompetensi dalam bidang kesehatan. Di Indonesia, peran ini diemban oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Namun, berbeda dengan tujuan awalnya untuk menjaga mutu praktik kedokteran secara independen, struktur KKI justru memberikan ruang bagi organisasi profesi untuk menjadi anggota dan berpotensi mempengaruhi keputusan-keputusan penting. Hal ini menciptakan situasi unik di mana badan

33 Bautista, M. C., & Lopez-Valcarcel, B. G.."Review of medical professional organizations in developed countries: problems of decentralized membership registers", *AIMS public health*, (2019) 6(4), 437.

regulasi yang seharusnya bersifat independen masih memiliki keterlibatan signifikan dari organisasi profesi, yang dapat mempengaruhi objektivitas dan independensi dalam pengambilan keputusan terkait standar dan regulasi profesi kedokteran di Indonesia.[34]

Dalam perjalanannya, banyak penolakan yang terjadi, salah satunya judicial review terutama datang dari organisasi profesi dan Kolegium, melalui pengujian materiil terhadap Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan berdasarkan perkara nomor 111/PUU-XXII/2024. Kasus ini diajukan oleh Prof. Dr. Djohansjah Marzoeki, seorang dokter spesialis dan dosen ilmu kedokteran bedah plastik. Dalam permohonannya, Djohansjah menantang konstitusionalitas beberapa pasal dalam UU Kesehatan. Pasal yang digugat adalah pasal 272 ayat 2 yang berbunyi "Kolegium merupakan alat kelengkapan Konsil dan menjalankan perannya bersifat independen", pemohon berpendapat bahwa etika dan disiplin profesi seharusnya menjadi ranah profesi itu sendiri, bukan diatur oleh pemerintah pusat atau daerah. Djohansjah berargumen bahwa Kolegium seharusnya dibentuk dan dikelola oleh pemilik kompetensi dari cabang ilmu terkait, dalam hal ini ilmu kedokteran spesialis, dan bukan oleh pemerintah atau Menteri Kesehatan. Hal ini selaras dengan hasil putusan Mahkamah Konstitusi 10/PUU-XII/2017 menyatakan bahwa Kolegium merupakan bagian dari organisasi profesi dan merupakan *academic body* yang memiliki sifat dasar dan independen. Sehingga para pemohon menyimpulkan bahwa pasal dalam UU Kesehatan tersebut merupakan pasal yang unlawful dan tidak konstitusional.

Dalam perjalanan upaya pemilihan anggota kolegium, Pemerintah melalui Kemenkes, juga telah memainkan peran dan kewenanganannya. Munculnya Permenkes 12 tahun 2024 tentang pemilihan anggota Kolegium, yang memunculkan pertentangan dari beberapa pihak dengan dugaan telah terjadi *abuse of power* atas independensi dan mengganggu peran kolegial di dalam kolegium itu sendiri. Kelompok Peduli Pendidikan Kedokteran Nusantara (KP2KN) menggugat pemerintah, khususnya Kementerian Kesehatan, atas kebijakan pengaturan kolegium melalui Permenkes Nomor 12 Tahun 2024. KP2KN menyebut bahwa aturan yang mengatur seleksi ketua kolegium ini dinilai sebagai bentuk *abuse of power* yang mengancam independensi dan peran kolegial kolegium dalam menentukan standarnya sendiri. Program seleksi yang dijuluki "Kolegium Idol" oleh KP2KN memancing reaksi keras lantaran dinilai memosisikan Kementerian Kesehatan pada peran yang lebih dominan daripada yang seharusnya, terutama pada proses pemilihan ketua kolegium.

34 Jackson, N. "Academic regulation in UK higher education: part II – typologies and frameworks for discourse and strategic change,". *Quality Assurance in Education*. (1997) 5(3), pp. 165–179.

Sebagai dasar hukum, Kemenkes merujuk pada Pasal 711 dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang memberikan kewenangan spesifik (*lex specialis*) untuk mengatur seleksi anggota kolegium. Namun, KP2KN berpendapat bahwa penerapan peraturan tersebut dalam Permenkes 12/2024 melewati batas-batas independensi yang dijamin UU bagi kolegium sebagai badan ilmiah. Kritik KP2KN tidak berhenti pada persoalan independensi, namun juga menyasar kurangnya transparansi dan koordinasi antar lembaga. KP2KN menilai bahwa Kemenkes terlalu mendominasi setiap aspek dalam proses seleksi ketua kolegium, yang seharusnya dilakukan secara terbuka dan berimbang dengan prinsip-prinsip tata kelola yang baik. Permenkes Nomor 12 Tahun 2024, yang mencantumkan mekanisme seleksi berbasis digital dan berkoordinasi dengan kementerian Kementerian Pendidikan dan institusi akademik untuk proses pemilihan anggota dan ketua kolegium. Pengabaian proses ini dianggap menimbulkan konflik kepentingan.

Menurut Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan, setiap kebijakan yang diambil oleh pemerintah harus memenuhi standar transparansi dan akuntabilitas. Namun, kebijakan ini dipandang oleh KP2KN sebagai pengabaian terhadap prinsip tersebut, dengan pengaturan yang kurang terbuka dan adanya kontrol kuat dari Kementerian Kesehatan terhadap proses pemilihan kolegium. Hal ini memicu keresahan di kalangan praktisi medis, yang merasa bahwa kewenangan seleksi kolegium seharusnya dilaksanakan lebih independen.

Menyusul polemik yang semakin meluas, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia melalui Direktorat Jenderal Administrasi Hukum Umum menerbitkan surat pemberitahuan tertanggal 30 Oktober 2024 dengan Nomor AHU-AH.01-252. Surat ini, yang disampaikan kepada berbagai perkumpulan yang terdaftar, merupakan tindak lanjut dari permintaan Kemenkes untuk mengeluarkan surat edaran mengenai kedudukan kolegium dalam organisasi profesi di bidang kesehatan pasca ditetapkannya struktur Kolegium.

Surat tersebut didasarkan pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa kolegium yang terbentuk sebelum UU ini tetap diakui hingga adanya kolegium baru yang diatur menurut ketentuan terbaru. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1581/2024 yang ditetapkan pada 30 September 2024, kolegium-kolegium baru telah dibentuk sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2024.

Kementerian Hukum dalam pemberitahuan tersebut menginstruksikan setiap perkumpulan untuk menyesuaikan anggaran dasarnya dengan

mengeluarkan unsur kolegium dari struktur kepengurusan. Hal ini bertujuan untuk menghindari dualisme peran kolegium di dalam organisasi profesi. Sebagai sanksi bagi yang tidak mematuhi instruksi ini dalam 14 hari, pemerintah akan memblokir akses badan hukum perkumpulan tersebut. Surat edaran ini mencantumkan 51 kolegium dari berbagai bidang, mulai dari kedokteran umum, spesialis, hingga profesi kesehatan lain seperti keperawatan, kebidanan, farmasi, dan kesehatan masyarakat. Bagi perkumpulan yang tidak melakukan penyesuaian struktur, sanksi berupa pemblokiran badan hukum akan diberlakukan oleh Kementerian Hukum sebagai upaya untuk memastikan ketaatan pada ketentuan yang berlaku.

Pertentangan atas kebijakan dalam menjalani transformasi kesehatan dianggap mereduksi peran dan independensi Kolegium sebagai bagian dari organisasi profesi, dan mengganggu otonomi dan fungsi sebagai badan akademik; yang harus tetap bebas dari campur tangan eksternal, termasuk pemerintah. Berdasarkan fakta tersebut, ada beberapa kemungkinan yang dapat terjadi, apakah dapat terjalin kesepahaman dan kerjasama integratif ataukah masih terfragmentasi?

3. Kebijakan Baru STR Seumur Hidup bagi Tenaga Kesehatan: Langkah Baru, Tantangan Lama

Transformasi sistem registrasi tenaga kesehatan di Indonesia mencapai babak baru dengan pemberlakuan Surat Tanda Registrasi (STR) Seumur Hidup melalui UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023. Kebijakan ini menjadi tonggak sejarah dalam administrasi tenaga kesehatan yang sudah lama diwarnai oleh proses birokrasi yang memakan waktu dan biaya. Penyederhanaan prosedur pengurusan STR setiap lima tahun sekali menjadi seumur hidup, mengurangi beban finansial dan administratif yang sudah lama dikeluhkan oleh tenaga kesehatan di tanah air.

Isu utama yang menyeruak dalam pengurusan STR adalah diwajibkannya pemenuhan kuota Satuan Kredit Profesi (SKP), yang merupakan ukuran yang digunakan untuk menjaga kompetensi dan mutu tenaga kesehatan dan medis. SKP didapatkan melalui tiga aspek utama: pembelajaran, pelayanan dan profesionalisme, serta pengabdian masyarakat. Banyak tenaga kesehatan mengeluhkan bahwa biaya untuk mendapatkan SKP sangat mahal. Sebelumnya, mereka sering kali harus membayar hingga jutaan rupiah untuk mengikuti kegiatan yang memberikan SKP, seperti seminar dan pelatihan.[35]

Akibatnya, banyak tenaga kesehatan, terutama yang masih dalam tahap

35 https://mediaindonesia.com/humaniora/687608/karut-marut-skp-pascadiambil-alih-kementerian-kesehatan

pengembangan praktik, merasa keberatan. Mereka menilai sistem ini membebani keuangan dan tidak selaras dengan tujuan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat. Protes dan kritik yang muncul bertahun-tahun kemudian menggerakkan pemerintah untuk meninjau ulang sistem ini dengan pendekatan yang lebih efisien dan terintegrasi.

Pada tahun 2023, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan meluncurkan platform digital SATUSEHAT SDMK sebagai bagian dari upaya modernisasi dan digitalisasi administrasi tenaga kesehatan. Portal ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memperbarui profil dan registrasi mereka secara daring, sekaligus berfungsi sebagai pusat data nasional yang memudahkan pemantauan tenaga medis di Indonesia. Data Oktober 2023 menunjukkan antusiasme yang tinggi dengan sekitar 7.857 tenaga medis dan 65.564 tenaga kesehatan lainnya telah memperoleh STR Seumur Hidup.[36] Langkah maju ini diikuti dengan kebijakan lebih lanjut yang mempertegas komitmen pemerintah, di mana pada Juni 2024, seluruh pengurusan STR akan digratiskan. Kebijakan ini diharapkan meringankan beban finansial dan membuka akses lebih luas bagi tenaga kesehatan.[37]

Polemik STR seumur hidup direspon dengan adanya perdebatan dari berbagai kalangan profesional kesehatan. Dibalik kemudahan administratif ini, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menyuarakan kekhawatiran bahwa STR Seumur Hidup berpotensi membahayakan masyarakat karena menghilangkan mekanisme evaluasi berkala terhadap kompetensi tenaga kesehatan.[38]

Merespons kekhawatiran tersebut, pemerintah mempertahankan sistem Satuan Kredit Profesi (SKP) sebagai instrumen kontrol kualitas. Meski STR berlaku seumur hidup, tenaga kesehatan tetap wajib memenuhi SKP untuk mempertahankan Surat Izin Praktik (SIP) mereka. Komposisi target SKP diatur secara terstruktur dengan pembagian 45% dari pembelajaran, minimal 35% dari pelayanan, dan minimal 5% dari pengabdian masyarakat.[39] Dinamika implementasi kebijakan ini semakin menarik dengan diluncurkannya platform digital "Plataran Sehat", yang dirancang untuk mempermudah pemenuhan SKP. Platform ini menjadi solusi atas permasalahan sebelumnya, dimana pengumpulan

36 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20231011/4444019/penerbitan-str-seumur-hidup-lebih-mudah-lewat-portal-satusehat-sdmk/

37 https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20240614/0345743/pengurusan-str-tenaga-medis-dan-tenaga-kesehatan-tidak-dipungut-biaya/

38 Editorial. IDI: STR Tenaga Medis Seumur Hidup Bahayakan Masyarakat. Sasmito Madri. 2023. Diakses https://www.voaindonesia.com/a/idi-str-tenaga-medis-seumur-hidup-bahayakan-masyarakat/7099179.html

39 Kepmenkes NOMOR HK.01.07/ MENKES/1561/2024 tentang Pedoman Pengelolaan Pemenuhan Kecukupan Satuan Kredit Profesi Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

SKP sering terkendala standarisasi dan biaya tinggi yang dibebankan oleh organisasi profesi.

Menghadapi masa transisi, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan relaksasi terhadap persyaratan SKP hingga 31 Desember 2024. Kebijakan ini memberikan ruang adaptasi bagi tenaga kesehatan, meski tetap menegaskan konsekuensi penonaktifan STR dan pencabutan SIP bagi yang tidak memenuhi persyaratan SKP setelah periode tersebut.[40]

Transformasi sistem registrasi ini juga membawa perubahan signifikan dalam hal integrasi data kesehatan nasional. Portal SATUSEHAT SDMK tidak hanya berfungsi sebagai platform registrasi, tetapi juga menjadi pusat data terintegrasi yang memudahkan pemantauan dan evaluasi tenaga kesehatan secara nasional. Meski menuai pro dan kontra, kebijakan STR Seumur Hidup mencerminkan upaya pemerintah dalam menyeimbangkan efisiensi administratif dengan penjaminan kualitas pelayanan kesehatan. Sistem ini dirancang untuk mengurangi beban birokrasi sambil tetap mempertahankan standar profesionalisme melalui mekanisme SKP.

4. Pendayagunaan WNI Diaspora dan WNA

UU Kesehatan yang disahkan pada 11 Juli 2023 ini membuka keran bagi masuknya dokter asing ke Indonesia. Sebagaimana keran UU tersebut tak ubahnya katup yang mengatur laju masuknya dokter asing. Pengaturan tersebut membuat dokter asing yang masuk tidak bisa sembarangan masuk. Kedatangan mereka ke Indonesia dimaksudkan untuk alih teknologi dan transfer ilmu pengetahuan. Oleh karenanya tidak sembarangan dokter asing yang dapat didatangkan ke Indonesia.

Sebelumnya, pengaturan dokter lulusan asing, baik WNA maupun WNI, telah diatur pada Permenkes 6 tahun 2023 tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing dan Permenkes 14 tahun 2022 tentang Program Adaptasi Dokter Spesialis Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kedua peraturan ini bertujuan untuk mendukung pemenuhan pelayanan kesehatan spesialistik di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pemberlakukan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024 sebagai aturan pelaksanaanya, terdapat beberapa perubahan signifikan terkait pengaturan tenaga kesehatan asing di Indonesia yaitu 1) Perizinan yang lebih ketat, 2) Pembatasan waktu praktik, 3) Kewajiban Alih

40 Kemenkes Relaksasi Pemenuhan SKP untuk Perpanjangan SIP Sampai 31 Desember 2024. Diakses https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20240625/3245813/kemenkes-relaksasi-pemenuhan-skp-untuk-perpanjangan-sip-sampai-31-desember-2024/

> "Yang akan diprioritaskan pemerintah adalah memudahkan diaspora atau orang Indonesia yang berpendidikan kedokteran di luar negeri untuk bisa beradaptasi dan masuk. Terutama diaspora yang datang dari institusi-institusi ternama, seperti Harvard Medical School. Mereka sudah lima tahun praktik, kenapa mesti diwajibkan adaptasi dua tahun di Papua?"
>
> (Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin kepada Majalah Tempo, 12 Desember 2022)

Pengetahuan, 4) Integrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan, 5) Penyesuaian Standar Kompetensi, 6) Pengawasan yang Lebih Ketat, 7) Fokus pada Kebutuhan Nasional.

Mereka harus memenuhi kualifikasi tertentu seperti yang tercatut dalam UU No 17 2023 dan PP No 28 2024. Selain itu mereka juga tidak bisa membuka praktik secara mandiri atau perseorangan, mereka harus bekerja untuk sebuah fasilitas kesehatan.[41] Durasi praktik mereka pun juga dibatasi maksimal 2 tahun dengan kesempatan perpanjangan sebanyak 1 kali dengan durasi yang sama, jadi total maksimal mereka berada di Indonesia adalah 4 tahun. Dalam hal durasi ada pengecualian bagi tenaga kesehatan dan medis yang berasal dari kawasan ekonomi khusus. Bagi mereka yang ditempatkan di kawasan ekonomi khusus tidak akan ada batasan waktu untuk berpraktik di Indonesia.

Selain membuka keran untuk masuknya dokter asing ke Indonesia UU ini juga hadir untuk mempermudah dokter diaspora dari Indonesia yang ingin bertugas ke Indonesia. Dalam UU No 17 2023 bagian yang mengatur tenaga kesehatan dan tenaga medis diaspora Indonesia tertera dalam pasal 241-245. Sementara itu dalam Peraturan Pemerintah No 28 tahun 2024 pengaturan tentang hal tersebut tertera dalam pasal 649-653. Kelonggaran yang mereka dapatkan jelas melebihi sejawatnya yang berasal dari luar negeri sebab hal ini memang dimaksudkan untuk membuka seluas-luasnya pintu bagi diaspora untuk kembali ke Indonesia. Sebelum berpraktik di Indonesia diaspora Indonesia ini wajib menjalani evaluasi kompetensi yang akan diselenggarakan oleh menteri kesehatan dengan melibatkan menteri bidang pendidikan, Konsil, dan Kolegium; atau yang disebut Komite Bersama Adaptasi.

Terdapat pengecualian bagi para diaspora yang telah memiliki pengalaman berpraktik di luar negeri selama minimal 2 tahun dan ahli pada bidang

41 Peraturan Pemerintah Nomor 28 2024, pasal 663

unggulan. Mereka yang memenuhi kriteria tersebut dimungkinkan untuk tidak melaksanakan uji kompetensi. Setelahnya bagi mereka yang lolos masa adaptasi paling lama berlangsung selama 1 tahun dan selama masa tersebut mereka akan mendapatkan insentif.

Kekhawatiran mengenai dokter asing yang masuk tanpa terkendali mendapat jawabannya melalui UU No 17 tahun 2023 dan PP No 28 tahun 2024. Kondisi yang mendekati anarki, ketika keluar-masuknya dokter asing tidak terkendali, kiranya tidak akan terwujud jika dua instrumen hukum tersebut benar-benar dilaksanakan secara konsekuen. Perihal keberadaan tenaga kesehatan dan medis dari luar negeri setelah peraturan tersebut berlaku memang tidak bisa dihindari. Bagaimanapun juga batas-batas administratif negara pasti akan luruh seiring globalisasi yang tak lagi menjadi sekadar kata, tapi telah berubah menjadi sesuatu yang benar-benar nyata. Dalam proses tersebut terbuka kemungkinan untuk transfer ilmu pengetahuan dan alih teknologi. Pada sisi lain, kemudahan bagi diaspora yang ingin kembali ke Indonesia juga menjadi poin penting dari peraturan ini. Bagaimanapun juga kedua poin ini, mendatangkan dokter asing dan mempermudah diaspora Indonesia untuk praktik, adalah upaya untuk menekan permasalah kekurangan dokter dan juga penyebarannya yang tidak merata. Di samping penegakannya, perbincangan terhadap dua instrumen hukum tersebut harus tetap dipelihara. Bagaimanapun juga beberapa kritik yang masuk dalam proses penyusunan UU No 17 tahun 2023 itu adalah soal keterbukaan dan partisipasi dari beragam elemen.

5. Praktik Task-Shifting dan Perlindungan Hukum bagi Tenaga Kesehatan

Pengaturan task-shifting atau pelimpahan wewenang klinis terbatas dalam sistem kesehatan telah diatur secara resmi melalui Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaannya. Kebijakan ini muncul sebagai respons terhadap keterbatasan tenaga kesehatan di beberapa daerah di Indonesia, terutama daerah terpencil atau daerah dengan akses terbatas. Praktik penyelenggaraan transfer kewenangan dari tenaga kesehatan dengan kompetensi yang lebih tinggi ke yang lebih rendah termasuk *task-shifting* dalam layanan kesehatan.[42] Pelimpahan wewenang ini dibatasi pada kompetensi tambahan yang diperoleh melalui pelatihan atau pengalaman klinis dan harus dilaksanakan di bawah pengawasan.

42 M. C. van Schalkwyk et al., "The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare," *Health Policy (New. York)*., vol. 124, no. 12, pp. 1379–1386, Dec. 2020, doi: 10.1016/J.HEALTHPOL.2020.08.008.

Penerapan *task-shifting* dapat berfungsi sebagai alternatif dan *survival strategy* bagi institusi kesehatan, dengan tingkat sustainabilitas yang lebih tinggi.[43] Pengaturan task-shifting sebelumnya telah tercantum pada Pasal 63 dan 65 pada UU 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

> Pasal 63 ayat (1)
> Dalam keadaan tertentu Tenaga Kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya.

Pengaturan dalam pasal tersebut hanya mengatur transfer kewenangan dari tenaga kesehatan dengan kompetensi lebih tinggi ke yang lebih rendah pada jenis kompetensi yang sama, misal tenaga apoteker ke tenaga teknis kefarmasian. Sekalipun pengaturan pelaksana task-shifting dari Pasal tersebut tidak dijabarkan kembali menjadi produk peraturan menteri, namun praktik *task-shifting* telah dilakukan dalam beberapa situasi, terutama dalam kondisi darurat atau di daerah dengan keterbatasan tenaga kesehatan. Faktanya, hasil riset tenaga kesehatan yang dilaporkan pada tahun 2017, praktik *task-shifting* pada layanan medis tetap dilakukan sekalipun tercatat hanya sedikit. Sekitar 5% Puskesmas pernah menyelenggarakan pelayanan *task-shifting* dalam bidang medis, serta ada 66% Puskesmas mengakui terdapat tenaga kesehatan yang tidak menjalankan kewenangan sesuai kompetensinya.[44] Praktik ini juga kerap dilaksanakan pada masa pandemi, task-shifting dilakukan dengan alih tugas antara profesi kesehatan yang dilakukan secara *ad hoc*, sebagai upaya merespons kebutuhan tenaga medis yang mendesak. Praktik task-shifting selama ini dilakukan tanpa landasan hukum yang kuat, terutama dalam situasi darurat atau daerah dengan keterbatasan tenaga kesehatan. Ketiadaan regulasi yang spesifik membuat praktik ini kerap memicu perdebatan antar profesi, seperti antara dokter dan apoteker, mengenai kewenangan serta dampak terhadap kompetensi tenaga kesehatan. Organisasi profesi, seperti Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), menyuarakan kekhawatiran bahwa task-shifting dapat mengurangi kesempatan kerja bagi lulusan baru dan melemahkan standar kompetensi.[45]

Pro-kontra pembahasan *task-shifting* pada UU Kesehatan seringkali

43 C. B. Maier, "The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia," *Health Policy (New. York)*., vol. 119, no. 12, pp. 1627–1635, Dec. 2015, doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.002.

44 "Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) tahun 2017 : Puskesmas," 2017.

45 "Doa Bersama Demi Kesehatan Bangsa, Nofendri Roestam: 7000 Lulusan Apotekes Per Tahun Terancam Ole Task Shifting RUU Kesehatan OBL", *Badan Diklat Ikatan Apoteker Indonesia*, edisi 25 Mei 2023, diakses melalui https://berita.iai.id/doa-bersama-demi-kesehatan-bangsa-nofendri-roestam-7000-lulusan-apoteker-per-tahun-terancam-oleh-task-shifting-ruu-kesehatan-obl/

meninggalkan issue pembagian kewenangan klinis, medis, yang berdampak pada keselamatan pasien; hingga kekhawatiran pada beberapa pihak. Sebagian menyambut baik karena adanya kejelasan regulasi, namun ada pula yang mengkhawatirkan dampaknya terhadap kompetensi dan kesempatan kerja, terutama bagi lulusan baru. Peluang pelaksanaan task-shifting belum dapat dipahami sepenuhnya sebagai peluang peningkatan akses dalam salah satu unsur *patient safety*, bagi sebagian profesi. Beberapa tantangan utama yang masih dihadapi mencakup pengakuan kompetensi dari organisasi profesi, mekanisme reimbursement untuk tindakan klinis yang dialihkan, perlunya pelatihan khusus bagi tenaga medis, dan aspek hukum yang perlu dipertegas demi perlindungan tenaga kesehatan.

Task-shifting kini memiliki dasar hukum dalam kondisi tertentu yang tertuang dalam UU No. 17 Tahun 2023, Pasal 286 hingga Pasal 290; dan PP 28 tahun 2024, pasal 744 - 745. Meskipun UU ini memberikan kerangka legal, tantangan implementasi masih besar, seperti perlunya aturan teknis yang mendetail agar batasan dan pengawasan lebih jelas. Organisasi profesi tetap waspada terkait dampak kebijakan ini terhadap kesejahteraan tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan yang diberikan. Untuk itu, diperlukan koordinasi yang lebih intensif antar profesi dan peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan yang terlibat dalam task-shifting guna menjaga mutu pelayanan sekaligus menghindari potensi risiko hukum.

Sejalan dengan prinsip *das sollen* dan *good samaritan*–yang merujuk kepada kesehatan dijamin sebagai HAM–pelaksanaan task-shifting merupakan pelaksanaan respon darurat atas kebutuhan layanan kesehatan, tetap harus dikedepankan. Sejalan dengan perkembangan kebijakan task-shifting, perlindungan terhadap tenaga kesehatan juga mengalami transformasi signifikan. Perjalanan regulasi ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam memperkuat posisi dan hak-hak tenaga kesehatan di Indonesia. Dimulai dari UU No. 36 Tahun 2009 yang hanya menyinggung secara umum tentang hak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum, regulasi ini terus berkembang menjadi lebih komprehensif dan spesifik. UU No. 36 tahun 2014 menjadi tonggak penting dengan memperluas cakupan perlindungan, memasukkan aspek keselamatan kerja dan pengembangan profesi.

Perubahan besar dalam perlindungan tenaga kesehatan akhirnya terwujud dengan disahkannya UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024. Kedua regulasi ini membawa pembaruan signifikan yang mencakup aspek keamanan, jaminan sosial, dan pengembangan karir tenaga kesehatan. Kini, hak-hak finansial yang sebelumnya hanya tersirat telah diatur secara eksplisit. UU No. 17

Tahun 2023 menggariskan hak tenaga kesehatan untuk menerima gaji, tunjangan kinerja, serta imbalan yang layak, sementara PP No. 28 Tahun 2024 merincikan mekanisme pemberian imbalan dan tunjangan secara lebih mendetail. Salah satu terobosan penting dalam PP ini adalah fokus pada perlindungan peserta didik spesialis, mencerminkan komitmen pemerintah untuk menjaga kualitas pendidikan kesehatan di Indonesia..

Selain aspek finansial dan pengembangan karir, evolusi regulasi ini juga menekankan pembentukan mekanisme penanganan sengketa yang lebih terstruktur, memberikan rasa aman bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya. Majelis Disiplin Profesi (MDP) kini memiliki peran krusial dalam memberi rekomendasi sebelum suatu kasus melanjut ke ranah hukum, sebuah langkah maju dalam melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan yang tidak berdasar. Selain memperkuat peran MDP, UU Kesehatan juga mengadopsi pendekatan keadilan restoratif (restorative justice) dalam penyelesaian sengketa medis. Pendekatan ini sejalan dengan semangat UU No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, serta PERMA No. 1 Tahun 2016 tentang Mediasi, yang semakin memperluas jalur resolusi damai di lingkungan medis dan mengedepankan pemulihan hubungan serta keadilan bagi semua pihak.[46]

Pendekatan keadilan restoratif (*restorative justice*) muncul sebagai solusi inovatif untuk menyelesaikan sengketa medis. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan membawa angin segar dengan menekankan pendekatan yang lebih konstruktif dan memulihkan, alih-alih semata-mata bersifat punitif. Pasal 306 ayat (3) UU No. 17 Tahun 2023 menjadi tonggak penting dalam perubahan paradigma ini. "Aparat penegak hukum wajib mengutamakan mekanisme keadilan restoratif dalam menangani perkara sengketa medis," tegas pasal tersebut. Ketentuan ini bukan sekadar formalitas, melainkan komitmen nyata untuk menyelesaikan sengketa medis dengan cara yang lebih humanis dan berorientasi pada pemulihan.

Lebih jauh, Pasal 310 UU No. 17 Tahun 2023 membuka peluang lebar bagi penyelesaian sengketa di luar pengadilan, termasuk melalui arbitrase. Ketentuan ini memberikan fleksibilitas yang sangat dibutuhkan dalam kasus-kasus medis yang seringkali kompleks dan sensitif. Implementasi keadilan restoratif dalam konteks sengketa medis melibatkan proses yang inklusif, melibatkan semua pihak terkait - tenaga medis, pasien, keluarga, dan pihak lain yang relevan -

46 "Arbitrase sebagai Paradigma baru Alternatif Penyelesaian Sengketa dalam Sengketa Medis", *Kebijakankesehatanindonesia.net*, edisi 11 Oktober 2023, diakses melalui https://kebijakankesehatanindonesia.net/4907-arbitrase-sebagai-paradigma-baru-alternatif-penyelesaian-sengketa-dalam-sengketa-medis

untuk bersama-sama mencari solusi yang adil dan memulihkan keadaan. Dengan adanya kerangka hukum yang komprehensif ini, diharapkan penyelesaian sengketa medis di Indonesia akan menjadi lebih efektif, adil, dan berorientasi pada pemulihan. Pendekatan ini tidak hanya melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan yang tidak berdasar, tetapi juga memastikan hak-hak pasien tetap terjaga, serta mendorong perbaikan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Transformasi sistem kesehatan Indonesia melalui UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 membawa perubahan fundamental dalam tata kelola sektor kesehatan nasional. Dari restrukturisasi pendidikan dokter spesialis melalui sistem *hospital-based*, perubahan peran organisasi profesi dalam Konsil-Kolegium-Majelis Disiplin, hingga kebijakan STR seumur hidup - semua mengarah pada upaya pemerintah memperkuat kontrolnya atas sektor kesehatan. Meski bertujuan mulia untuk mengatasi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan akses layanan, implementasi kebijakan ini menuai resistensi kuat dari organisasi profesi yang merasa peran mereka tereduksi.

Di tengah dinamika ini, muncul pertanyaan kritis: Apakah penguatan kontrol pemerintah atas sektor kesehatan akan benar-benar mampu mengatasi masalah mendasar seperti ketimpangan distribusi tenaga medis dan akses layanan, atau justru berpotensi menciptakan masalah baru terkait standar profesionalisme dan kualitas layanan kesehatan? Kekhawatiran ini semakin relevan mengingat masih adanya tantangan dalam implementasi kebijakan, mulai dari resistensi organisasi profesi, kebutuhan infrastruktur pendukung, hingga perlunya harmonisasi berbagai kepentingan pemangku kebijakan.

Perjalanan implementasi kebijakan ini akan menjadi ujian nyata bagi komitmen pemerintah dalam membangun sistem kesehatan yang lebih baik. Keberhasilan transformasi ini akan sangat bergantung pada kemampuan pemerintah menyeimbangkan kepentingan berbagai pihak, memastikan kualitas layanan tetap terjaga, sambil terus mendorong pemerataan akses kesehatan di seluruh Indonesia. Diperlukan dialog konstruktif dan kolaborasi erat antara pemerintah, organisasi profesi, dan pemangku kepentingan lainnya untuk memastikan reformasi ini benar-benar membawa perbaikan, bukan sekadar perubahan struktur semata.

D. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Dalam aspek pelayanan, periode pasca-COVID-19 ditandai dengan adanya penguatan pada program-program kesehatan yang mengadopsi pendekatan yang lebih berorientasi pada dampak (*impact orientation*). Hal ini dilakukan

untuk menggantikan pendekatan yang sebelumnya lebih berfokus ke dalam (*inward looking*). Perubahan ini tercermin dalam pengukuran integrasi layanan primer, yang mencakup pemantauan jumlah provinsi, kabupaten, dan Puskesmas yang telah melaksanakan layanan terintegrasi. Data digunakan secara konsisten di seluruh program untuk menentukan strategi, termasuk dalam pelaksanaan layanan primer yang terstandar sesuai siklus hidup dan lokasi pelayanan. Perubahan struktural yang diterapkan meliputi integrasi layanan yang sebelumnya bersifat programatik menjadi *service package* yang lebih komprehensif.

Pelayanan kesehatan pasca pandemi COVID-19 secara umum bertumpu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-undang tersebut membawa perubahan signifikan dalam sektor kesehatan, terutama terkait peningkatan mutu pelayanan dan akses yang lebih luas. Secara umum, undang-undang ini menempatkan pemerintah pusat dan daerah turut bertanggung jawab dalam menciptakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses oleh masyarakat. Hal ini didukung oleh pasal 4, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau..

Undang-undang tersebut juga membuka peluang bagi sistem pendidikan kedokteran berbasis universitas maupun rumah sakit, yang diharapkan dapat mempercepat pemenuhan kebutuhan dokter spesialis. Rumah Sakit Daerah (RSD) diharapkan mampu bertransformasi menjadi rumah sakit pendidikan dengan memenuhi persyaratan infrastruktur, instruktur, dan sistem yang sesuai. Namun, tantangan terbesar dalam transformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) masih terletak pada akses dan kualitas pelayanan, khususnya dalam pemerataan tenaga medis di seluruh daerah.

Pengaturan pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan daerah terkait aspek pelayanan kesehatan juga telah dicanangkan. Pemerintah pusat bertanggung jawab secara norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) untuk mengelola sistem rujukan pelayanan kesehatan, menetapkan standar pelayanan kesehatan, menyelenggarakan registrasi dan akreditasi, serta menerbitkan perizinan berusaha fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, pemerintah daerah bertanggung jawab untuk mengelola sistem rujukan pelayanan kesehatan ditingkat daerah dan memberikan izin usaha fasilitas pelayanan kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan.[47]

Selain Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, pelayanan kesehatan pasca pandemi juga bertumpu pada Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang

47 *Ibid*.

mengatur pelaksanaan undang-undang tersebut. Peraturan ini mengutamakan pelayanan berbasis upaya preventif dan promotif, tanpa mengabaikan layanan kuratif dan rehabilitatif. Beberapa aspek kesehatan yang disoroti oleh peraturan tersebut antara lain kesehatan reproduksi pada remaja, kesehatan ibu dan anak, serta pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular.

Terdapat beberapa kebijakan terkait pelayanan kesehatan yang dikuatkan dan dikembangkan pasca pandemi COVID-19 dijelaskan lebih lanjut dibawah ini.

1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer

Pascapandemi COVID-19, fokus utama pelayanan kesehatan primer adalah untuk memberikan layanan dasar secara komprehensif, mencakup segala aspek dari kesehatan ibu dan anak hingga lansia dan kesehatan jiwa. Aspek promosi dan pencegahan menjadi kunci dalam pelayanan kesehatan primer, sehingga Puskesmas, Pustu, dan Posyandu telah ditetapkan sebagai *kendaraan* untuk kepentingan tersebut. Beberapa isu dan kebijakan penting dalam aspek penguatan layanan primer antara lain sebagai berikut.

a. Integrasi Layanan Primer

Sebagai langkah awal dalam penguatan layanan kesehatan primer, Kementerian Kesehatan telah melakukan restrukturisasi jaringan pelayanan Puskesmas yang melahirkan integrasi layanan primer dengan menstandarisasi Puskesmas, Pustu, serta Posyandu dan kader yang melakukan kunjungan rumah. Perubahan ini dianggap sebagai langkah signifikan dalam kebijakan layanan primer. Fokus utamanya adalah memperbaiki sistem pendukung layanan kesehatan, bukan sekadar menambah program tanpa memperkuat infrastruktur yang ada. Apalagi, fasilitas kesehatan primer adalah layanan kesehatan yang berada ditingkat terbawah, yang artinya paling mudah diakses oleh masyarakat. Perbaikan jaringan pelayanan puskesmas terutama, tentu berperan besar dalam mendorong terciptanya layanan kesehatan yang berkualitas. Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Puskesmas terutama, berperan untuk mempromosikan perilaku hidup sehat, memastikan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, memastikan masyarakat hidup dalam lingkungan sehat, dan memastikan bahwa masyarakat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.[48]

Kebijakan yang diterbitkan untuk mendukung integrasi layanan primer yaitu Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 2015 Tahun 2023 yang mengatur Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Integrasi pelayanan kesehatan

48 Undang-Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

primer tersebut menganut tiga prinsip utama, yakni penguatan promotif dan preventif, pendekatan pelayanan kesehatan melalui sistem jaringan pelayanan kesehatan primer sejak ditingkat kecamatan hingga rukun tetangga. dan penguatan pemantauan wilayah setempat (PWS) melalui digitalisasi hingga kunjungan rumah.[49] Selain puskesmas, integrasi juga dilakukan pada Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu. Terutama untuk posyandu, yang awalnya berbasis program seperti posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, dan posyandu lansia kini diintegrasikan ke dalam Posyandu yang melayani semua program tersebut. Kebijakan ini bertujuan untuk menata dan mengkoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berdasarkan siklus hidup individu, keluarga, dan masyarakat.

Sebagai implementasi dari integrasi pelayanan, maka Kementerian Kesehatan melakukan restrukturisasi di Puskesmas dengan membuat beberapa klaster.[50] Klaster pertama adalah manajemen, yang fokus pada ketatausahaan dan manajemen sumber daya, mutu, hingga jejaring Puskesmas. Klaster kedua adalah ibu dan anak, yang fokus pada pelayanan bagi ibu hamil, bersalin, nifas, anak balita dan anak prasekolah, hingga anak usia sekolah dan remaja. Klaster ketiga yakni Usia Dewasa dan lansia, yang dikhususkan untuk melayani skrining penyakit, kesehatan jiwa, gizi, hingga pelayanan kesehatan lainnya bagi usia dewasa dan lanjut usia. Adapun klaster keempat adalah penanggulangan penyakit menular, yang lingkup pelayanannya meliputi pencegahan, promosi kewaspadaan dini, serta pengawasan kualitas lingkungan untuk mencegah dan menangani penyakit menular. Dalam konteks ini, Puskesmas harus mampu melakukan surveilans, penyelidikan epidemiologi, hingga pelayanan kesehatan lingkungan. Terakhir, ialah lintas klaster yang mencakup pelayanan gawat darurat, rawat inap, kefarmasian, dan laboratorium.

Saat ini, perhatian terus difokuskan pada perbaikan struktur layanan di tingkat primer termasuk Puskesmas, Pustu, dan Posyandu untuk memastikan bahwa pelayanan esensial dapat dilaksanakan dengan baik pasca-pandemi. Sebelumnya, terjadi penurunan signifikan dalam pelayanan esensial seperti imunisasi dan kesehatan ibu dan anak (KIA). Namun, pemulihan layanan KIA pada saat ini sudah mencapai sekitar 90% ibu bersalin menerima perawatan di fasilitas kesehatan dan sekitar 76% dari target 80% untuk pemeriksaan antenatal (ANC) enam kali.[51] Proses penimbangan anak di Posyandu juga telah dilaksanakan kembali, dengan standarisasi keterampilan dan layanan yang diterapkan yaitu

49 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 2015 Tahun 2023.
50 *Ibid*.
51 Wawancara dengan dr. Maria Endang Sumiwi, MPH., Dirjen Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI periode 2022-sekarang, pada 1 Oktober 2024.

dari 16 juta anak yang terdaftar, 14 juta anak telah ditimbang.

Meskipun pencapaian layanan primer menunjukkan perbaikan yang baik, masih terdapat tantangan terutama terkait dengan rendahnya cakupan imunisasi. Pengalaman selama pandemi telah menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat meningkat secara signifikan dan menjadi perhatian dalam perencanaan pelayanan kesehatan di masa mendatang. Masalah kesehatan dianggap hanya dapat diselesaikan melalui keterlibatan seluruh masyarakat, termasuk sektor swasta, sehingga upaya promotif dan kemitraan dapat diperkuat secara intensif. Pertemuan dengan kelompok masyarakat, seperti komunitas, organisasi non-pemerintah (NGO), dan pelaku swasta, dilaksanakan untuk membangun kemitraan yang solid. Penglibatan seluruh pihak dalam pembangunan kesehatan, dengan komunitas dijadikan sebagai aktor penting dalam menyukseskan program ini.

b. Peningkatan Akses Layanan Kesehatan di Daerah

Akses layanan kesehatan di daerah terpencil telah diperluas melalui penerapan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, yang mewajibkan pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan layanan kesehatan di seluruh Indonesia, termasuk di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, kawasan hutan, dan komunitas adat di wilayah terpencil.[52] Upaya ini mencakup penimbangan bayi, imunisasi, serta pelayanan kesehatan bergerak seperti puskesmas keliling dalam bentuk kendaraan dan kapal, termasuk pelayanan kesehatan gugus pulau.

Kementerian Kesehatan sebelumnya juga telah mengalokasikan dukungan anggaran melalui dana dekonsentrasi dan DAK Non Fisik BOK, yang dimulai pada tahun 2021. Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan juga menyelenggarakan pelayanan kesehatan bergerak, yang diharapkan mampu menjangkau berbagai wilayah di Indonesia. Pada 2022, layanan kesehatan bergerak telah menjangkau 182 lokasi di 86 desa, 66 kabupaten, dan 28 provinsi, melayani lebih dari 53.000 orang dengan melibatkan lebih dari 5.300 tenaga kesehatan dan medis.[53] Sementara pasca pandemi, strategi untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan telah dilakukan melalui modifikasi layanan, termasuk pelayanan kesehatan bergerak, gugus pulau, dan tele-kesehatan. Penyesuaian ini diharapkan dapat menyesuaikan dengan kondisi daerah tertinggal, seperti perbatasan, kepulauan, kawasan hutan, dan komunitas adat terpencil di seluruh Indonesia. Dengan penerapan strategi layanan yang berkualitas, diharapkan

52 Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023; Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

53 Wawancara dengan Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D., Wakil Menteri Kesehatan RI, periode 2022-sekarang, pada 3 Oktober 2024.

masyarakat di daerah yang sangat terpencil dapat memperoleh layanan kesehatan dengan kualitas yang setara.

BPJS kini juga terus menggerakkan dukungannya untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah di tingkat daerah.[54] Salah satu realisasi dari dukungan BPJS tertera dalam program Petakan, Sisir, Advokasi, dan Registrasi (Pesiar) diberbagai daerah - termasuk daerah terpencil - untuk memastikan bahwa setiap masyarakat memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Dalam jangka panjang, program tersebut juga ditujukan untuk mencapai pembangunan berkelanjutan pada desa-desa sehat sejahtera di Indonesia.[55]

Namun, masih diakui bahwa masalah utama terletak pada distribusi sumber daya manusia (SDM) kesehatan, di mana 59% tenaga spesialis masih terkonsentrasi di Pulau Jawa.[56] Masih terdapat Puskesmas yang kekurangan dokter, dan kebutuhan akan fasilitas SDM kesehatan yang memadai juga dirasakan. Oleh karena itu, masalah utama dalam peningkatan akses dan kualitas layanan tidak hanya terletak pada strategi teknis, tetapi juga pada kekurangan jumlah SDM kesehatan dan distribusinya yang belum merata.

c. Penguatan Peran Posyandu

Penguatan Posyandu di era pasca-pandemi 2023-2024 menjadi fokus penting dalam meningkatkan layanan kesehatan masyarakat di Indonesia. Posyandu, yang sebelumnya lebih terfokus pada kesehatan ibu dan anak, kini telah bertransformasi untuk melayani seluruh siklus kehidupan, termasuk remaja, dewasa, dan lansia. Transformasi ini sejalan dengan kebijakan integrasi layanan primer yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan terkoordinasi. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 menetapkan bahwa Posyandu harus memberikan layanan kesehatan bagi semua kelompok usia, sementara Permendagri Nomor 13 Tahun 2024 menggarisbawahi peran Posyandu dalam pemberdayaan masyarakat melalui enam bidang strategis, mencakup kesehatan, pendidikan, perumahan, hingga perlindungan sosial.[57]

Implementasi penguatan Posyandu mencakup peningkatan layanan holistik, seperti pemantauan kesehatan remaja melalui Posbindu dan layanan bagi lansia melalui Posyandu Lansia. Selain itu, kolaborasi lintas sektor yang melibatkan

54 *Antara*, edisi 4 Agustus 2024.
55 *Antara News*, edisi 17 Juli 2024.
56 Wawancara dengan Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D., Wakil Menteri Kesehatan RI, periode 2022-sekarang, pada 3 Oktober 2024.
57 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022; Permendagri Nomor 13 Tahun 2024.

dinas kesehatan, pendidikan, dan sosial sangat penting untuk mendukung tugas-tugas baru Posyandu yang semakin kompleks. Sosialisasi intensif mengenai peran baru Posyandu juga diperlukan agar masyarakat memahami bahwa Posyandu kini berfungsi tidak hanya sebagai tempat layanan kesehatan, tetapi juga sebagai pusat pemberdayaan masyarakat. Dengan penguatan ini, diharapkan tercipta sistem pelayanan kesehatan yang lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan seluruh masyarakat, serta meningkatkan kesadaran dan partisipasi aktif dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan.

Berbagai inisiatif dilakukan sebagai upaya untuk menghidupkan kembali Posyandu seperti mengadakan kompetisi dan Jambore bagi kader-kader Posyandu. Pada tahun kedua, sekitar 800 (delapan ratus) hingga 1.000 (seribu) kader Posyandu diundang ke Bandung, bersamaan dengan acara Ayo Sehat Festival.[58] Kegiatan ini diadakan dengan tujuan untuk membangkitkan semangat kader dan masyarakat agar tetap aktif dalam mengelola Posyandu. Pelajaran yang diambil dari pandemi COVID-19 menunjukkan antusiasme besar dari masyarakat dalam terlibat, dan momentum ini ingin dijaga agar partisipasi masyarakat terus berlangsung. Karena pada masa normal, keterlibatan masyarakat dalam isu kesehatan yang tidak bersifat darurat seperti COVID-19 memerlukan upaya yang lebih besar. Hal ini juga didukung oleh Menteri Kesehatan. Selain itu, pendekatan berbasis *data for action* juga sedang dilakukan.

2. Penguatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menandai perkembangan signifikan dalam regulasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia. Dalam Bagian Kesembilan undang-undang ini, khususnya Pasal 70, diatur secara spesifik upaya kesehatan gigi dan mulut yang mencakup empat pendekatan utama: peningkatan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan kesehatan gigi dan mulut. Undang-undang ini menekankan pelaksanaan upaya tersebut secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan, mencerminkan pandangan pemerintah bahwa kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan. Secara khusus, undang-undang ini juga menyoroti pentingnya upaya kesehatan gigi dan mulut melalui usaha kesehatan sekolah, menunjukkan fokus pada kesehatan gigi anak-anak usia sekolah. Meskipun tidak disebutkan secara eksplisit, dapat diasumsikan bahwa implementasi kebijakan ini menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Undang-undang ini memberikan kerangka

58 Wawancara dengan dr. Maria Endang Sumiwi, MPH., Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, periode 2022-sekarang, pada 1 Oktober 2024.

umum untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dengan detail implementasi yang kemungkinan akan diatur lebih lanjut dalam peraturan pemerintah atau peraturan menteri yang lebih spesifik. Dengan demikian, UU No. 17 Tahun 2023 menjadi tonggak penting dalam sejarah regulasi kesehatan gigi dan mulut di Indonesia, meletakkan dasar yang kuat untuk pengembangan kebijakan dan program kesehatan gigi yang lebih komprehensif di masa depan.

Teledentistry menjadi solusi efektif untuk mengatasi ketimpangan distribusi dokter gigi di Indonesia, dimana layanan kesehatan gigi dapat diakses melalui perangkat seluler yang mencapai 370 juta unit di Indonesia. Saat ini, Indonesia memiliki sekitar 42 ribu dokter gigi, sementara kebutuhan idealnya adalah satu dokter gigi untuk 2-3 ribu penduduk, yang berarti masih kekurangan sekitar 90 ribu dokter gigi. Meski terdapat 32 Institusi Pendidikan Kedokteran Gigi yang menghasilkan sekitar 4 ribu lulusan per tahun, jumlah ini masih jauh dari mencukupi. Untuk memperbaiki pemerataan, pemerintah dan lembaga terkait telah mewajibkan pengabdian dokter gigi baru di rumah sakit dan puskesmas serta mencabut moratorium pendirian fakultas kedokteran gigi, sambil terus mendukung pengembangan teledentistry untuk memperluas akses layanan kesehatan gigi.[59]

3. Penguatan Medical Wellness

Perkembangan pelayanan kesehatan medical wellness di Indonesia menunjukkan tren positif, terutama setelah pandemi COVID-19 dan diberlakukannya UU Nomor 17 Tahun 2023 serta PP Nomor 28 Tahun 2024. Sejarah perkembangan ini dimulai dengan adanya kesadaran global akan pentingnya kesehatan preventif dan holistik. Pada tahap awal, pemerintah Indonesia mulai menaruh perhatian pada potensi wisata kesehatan dengan menerbitkan Permenkes Nomor 76/2015 tentang Pelayanan Wisata Medis. Langkah ini kemudian diperkuat dengan Keputusan Bersama Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif dan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Wisata Kesehatan Indonesia, yang memberikan landasan hukum dan pedoman bagi pengembangan layanan *medical wellness*.

Pandemi COVID-19 menjadi titik balik yang signifikan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan preventif. Hal ini sejalan dengan konsep medical wellness yang menekankan pada upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan secara holistik. Momentum ini dimanfaatkan oleh pemerintah dengan menerbitkan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang secara eksplisit menekankan perubahan fokus dari

59 https://www.antaranews.com/berita/3449268/teledentistry-jawab-tantangan-pemerataan-dokter-gigi-di-indonesia

pengobatan menjadi pencegahan.

Sebagai tindak lanjut, pemerintah menerbitkan PP Nomor 28 Tahun 2024 yang semakin memperkuat landasan hukum dan memberikan panduan yang lebih jelas bagi pengembangan layanan medical wellness. Regulasi ini menjadi katalis bagi pertumbuhan sektor ini dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif turut berperan aktif dalam mendukung pengembangan wisata kesehatan dan medical wellness. Mereka meluncurkan berbagai inisiatif seperti pembentukan logo health tourism, kampanye #SehatdanBugardiIndonesiaAja, serta menyelenggarakan konferensi dan menjalin kerjasama dengan *Global Wellness Institute* (GWI).

Meskipun masih dalam tahap awal, *medical wellness* di Indonesia mulai dikembangkan di beberapa daerah wisata, terutama di Bali. Strategi pengembangan yang diterapkan meliputi pemenuhan sarana prasarana berkualitas tinggi, pengadaan alat kesehatan berteknologi terkini, peningkatan kompetensi tenaga medis dan kesehatan, serta peningkatan keramahtamahan.

Namun, perjalanan pengembangan m*edical wellness* di Indonesia tidak lepas dari tantangan. Selain masih berada pada tahap awal dan perlu mengejar perkembangan di negara lain, terdapat pula kebutuhan untuk melakukan klarifikasi dan merevisi beberapa pasal dalam UU Kesehatan yang masih menimbulkan kebingungan. Terlepas dari tantangan tersebut, potensi pasar medical wellness di Indonesia sangat menjanjikan. Sebagai bagian dari ekonomi wellness global yang mencapai USD 5.6 triliun pada tahun 2022, sektor ini memiliki peluang besar untuk berkembang. Dengan dukungan regulasi yang semakin kuat dan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan pasca pandemi, medical wellness diproyeksikan akan menjadi komponen penting dalam sistem kesehatan Indonesia di masa depan, menawarkan pendekatan yang lebih holistik dan preventif terhadap kesehatan.

4. Penguatan Pelayanan Kesehatan Paliatif

UU No. 17 Tahun 2023 memberikan landasan hukum yang kuat untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan paliatif di Indonesia. Undang-undang ini tidak hanya mengakui pentingnya perawatan paliatif, tetapi juga menetapkan standar komprehensif untuk pelaksanaannya, menekankan pendekatan holistik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa. Ini merupakan langkah signifikan dalam evolusi sistem kesehatan Indonesia, menandai pengakuan formal terhadap pentingnya perawatan paliatif sebagai komponen esensial dari perawatan kesehatan yang berkualitas. Pelayanan

kesehatan paliatif diatur secara komprehensif dalam Pasal 37 dan Pasal 38. Pasal 37 yang menetapkan bahwa pelayanan kesehatan lanjutan, yang mencakup pelayanan kesehatan sekunder dan tersier, meliputi berbagai jenis pelayanan termasuk pelayanan kesehatan paliatif. Pasal 38 kemudian memberikan penjelasan lebih rinci, mendefinisikan pelayanan kesehatan paliatif sebagai suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa. Pasal 38 juga menguraikan bahwa pelayanan kesehatan paliatif dilaksanakan melalui pencegahan dan penanganan penderitaan, meliputi tiga aspek utama: penilaian dan penanganan nyeri serta masalah fisik lainnya, penanganan masalah psikososial, dan penanganan masalah spiritual. Lebih lanjut, undang-undang ini menekankan bahwa pelayanan kesehatan paliatif harus diberikan sedini mungkin bersamaan dengan terapi kuratif, mencakup seluruh tahapan penyakit dari diagnosis hingga fase akhir kehidupan. Dengan demikian, UU No. 17 Tahun 2023 memberikan landasan hukum yang kuat untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan paliatif di Indonesia, mengakui pentingnya pendekatan holistik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa.

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan mengatur pelayanan kesehatan paliatif dalam beberapa pasal. Pasal 4 ayat (1) menyebutkan pelayanan kesehatan paliatif sebagai salah satu bentuk penyelenggaraan Upaya Kesehatan, mengakuinya sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Pasal 19 ayat (7) mendefinisikan upaya paliatif sebagai Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pada penyakit yang mengancam kehidupan dan akhir kehidupan, menekankan tujuan utamanya yaitu peningkatan kualitas hidup pasien. Pasal 3 menjelaskan bahwa Upaya Kesehatan, termasuk pelayanan paliatif, bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, menunjukkan bahwa pelayanan paliatif merupakan bagian dari pendekatan komprehensif dalam pelayanan kesehatan. PP ini juga menekankan bahwa pelayanan paliatif mencakup seluruh tahapan penyakit yang mengancam jiwa, tidak hanya terbatas pada fase akhir kehidupan, mencerminkan pemahaman bahwa perawatan paliatif sebaiknya dimulai sejak diagnosis penyakit yang berpotensi mengancam jiwa ditegakkan. Dengan demikian, PP Nomor 28 Tahun 2024 memberikan landasan hukum yang kuat untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan paliatif di Indonesia, menegaskan pentingnya pendekatan holistik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam

jiwa, serta mengintegrasikan pelayanan paliatif ke dalam sistem kesehatan nasional.

5. Penguatan Pelayanan Pengobatan Tradisional

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur pelayanan kesehatan tradisional sebagai bagian integral dari upaya kesehatan di Indonesia. Pelayanan ini dibagi menjadi dua jenis berdasarkan cara pengobatannya: yang menggunakan keterampilan dan/atau ramuan. Pemerintah Pusat dan Daerah bertanggung jawab untuk membina, mengawasi, dan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan tradisional, dengan fokus pada manfaat, keamanan, dan kesesuaian dengan norma sosial budaya. Pelayanan kesehatan tradisional mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, yang dapat dilakukan di berbagai fasilitas kesehatan, termasuk tempat praktik mandiri, Puskesmas, dan Rumah Sakit. Undang-undang ini juga memberikan kesempatan luas bagi masyarakat untuk mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional, dengan pengaturan dan pengawasan yang ketat dari pemerintah untuk memastikan keamanan, manfaat, dan perlindungan masyarakat.[60]

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur secara komprehensif pelayanan kesehatan tradisional sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional. PP ini menegaskan tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Daerah dalam perencanaan, pengaturan, dan pengawasan penyelenggaraan upaya kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan tradisional yang berlandaskan pada pengetahuan dan kearifan lokal. Pelayanan ini mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, yang dapat dilakukan melalui keterampilan seperti terapi manual dan energi, atau ramuan berbahan alami. Pemerintah mendorong integrasi pelayanan kesehatan tradisional dengan konvensional melalui kebijakan, pemetaan risiko, dan kerja sama antar tenaga kesehatan, serta dapat dilaksanakan di berbagai fasilitas kesehatan seperti tempat praktik mandiri, puskesmas, dan rumah sakit. PP ini juga mengatur izin praktik yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah sesuai pedoman menteri, pengembangan sistem informasi kesehatan tradisional terintegrasi untuk pencatatan dan pelaporan, serta kemungkinan pembiayaan melalui jaminan kesehatan nasional. Pemerintah memastikan keamanan, manfaat, dan kualitas pelayanan melalui pengawasan ketat dengan penerapan sanksi administratif jika terjadi pelanggaran.PP ini juga mendorong partisipasi masyarakat dalam pengembangan pelayanan kesehatan

60 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

tradisional yang aman dan bermanfaat, dengan tetap menerapkan sanksi administratif bagi pelanggaran ketentuan yang berlaku.[61]

Dengan adanya UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024, pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia kini memiliki landasan hukum yang kuat dan komprehensif. Regulasi ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan tradisional dengan tetap menjaga keamanan dan manfaatnya bagi masyarakat.

6. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Pasca Pandemi COVID-19, mutu pelayanan kesehatan di berbagai level menjadi salah satu prioritas yang diperhatikan oleh Pemerintah. Pelayanan kesehatan yang berkualitas, setidaknya kelak akan lebih tahan dan siap menghadapi bencana kesehatan. Dalam aspek mutu pelayanan, sebelumnya Pemerintah telah melakukan persiapan penyelenggaraan akreditasi dan pelaporan pengukuran INM pascapandemi COVID-19 dengan menetapkan beberapa kebijakan termasuk Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/652/2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyatakan bahwa masa berlaku sertifikat akreditasi dan pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu untuk rumah sakit, puskesmas, klinik, dan laboratorium kesehatan sampai dengan tanggal 31 Desember 2023. Pada masa ini, telah berlaku Peraturan Menteri Kesehatan No 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1368/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Kemudian pada tahun 2023 telah ditetapkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-Undang ini merupakan UU *Omnibus Law* yang telah mencabut beberapa Undang-Undang terkait kebijakan mutu yang telah dijabarkan pada periode sebelumnya, seperti UU Nomor 36 Tahun 2009 dan UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dalam UU Kesehatan, istilah mutu

61 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

pelayanan kesehatan disebutkan pada bagian pertimbangan, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah; di dalam turunan terkait kompetensi tenaga medis; di dalam pasal kesehatan ibu, kesehatan remaja, kesehatan dewasa, kesehatan lanjut usia, penyandang disabilitas, kesehatan reproduksi, keluarga berencana, gizi, kesehatan jiwa; pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan PKRT; farmasi; dan fasilitas pelayanan kesehatan (pasal 173 dan 178).[62] Meski belum ada prioritas dimensi mutu yang akan dipastikan tercapai lebih dahulu, seluruh dimensi mutu WHO telah termuat dalam UU Kesehatan, dengan beberapa istilah yang sering muncul adalah aman *(safe),* akses, berkeadilan *(equitable),* efisien *(efficient)* dan efektif *(effective).* Dalam UU Kesehatan, mutu pelayanan kesehatan tidak dibahas dalam satu bab tersendiri, melainkan terintegrasi di seluruh bab, dengan kata lain mutu pelayanan kesehatan menyentuh seluruh *health system building blocks*. Undang-Undang ini menggambarkan kerangka kerja mutu dimana pemerintah bertanggung jawab dan mengatur melalui kebijakan dan strategi nasional.[63]

Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan 13 Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA) yang akan melaksanakan penilaian akreditasi di fasilitas pelayanan kesehatan non rumah sakit dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/32/2023 tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, menyusul penetapan lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan terlebih dahulu di tahun sebelumnya.[64] Akan tetapi, fasilitas pelayanan kesehatan yang telah mendaftarkan pelaksanaan akreditasi baik yang sudah memiliki sertifikat akreditasi maupun yang sedang dalam proses survei akreditasi sampai dengan bulan Desember 2023 meliputi rumah sakit termasuk rumah sakit kelas D pratama sebanyak 92,4%, puskesmas sebanyak 80,02%, dan klinik sebanyak 43%, sedangkan tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang melaporkan INM sebanyak 22,8% dan 6,2%.[65]

Disebutkan bahwa terdapat beberapa kendala dalam penyelenggaraan pelaporan INM dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain kesiapan infrastruktur dan sumber daya. Menilik hal ini, Kementerian Kesehatan mencabut Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/652/2022

62 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.
63 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.
64 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/32/2023.
65 Surat Edaran Direktorat Jenderal Farmasi Nomor HK.02.01/MENKES/1048/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas D Pratama, Puskesmas, dan Klinik, serta Pelaporan Indikator Nasional Mutu Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

dan menerbitkan Surat Edaran Nomor Hk.02.01/MENKES/1048/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas D Pratama, Puskesmas, dan Klinik, serta Pelaporan Indikator Nasional Mutu Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Kebijakan ini menetapkan langkah-langkah dan batas waktu yang jelas dalam rangka penyelenggaraan akreditasi dengan harapan dapat memberikan kepastian pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.[66]

Selain itu, pemerintah juga telah mengatur Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan (SPM Kesehatan) pada tahun 2024, sebagai bentuk pengejawantahan dari mutu pelayanan kesehatan yang berhak dinikmati oleh warga negara Indonesia. Standar tersebut diperkuat dengan penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024. Dalam standar pelayanan minimal, peraturan tersebut menyebutkan bahwa kualitas fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh pemerintah pusat, tetapi juga pemerintah daerah.[67] Permenkes tersebut juga mengatur mutu pelayanan dasar yang wajib ada di tiap-tiap provinsi, terutama bagi penduduk yang terdampak krisis kesehatan akibat bencana. Dalam hal ini, pelayanan dasar wajib menyediakan obat-obatan dan bahan medis, makanan bayi dan anak (termasuk makanan tambahan), hingga dukungan kesehatan perorangan (termasuk bagi ibu hamil dan balita).

Berjalannya kembali penyelenggaraan akreditasi Pasca-Pandemi COVID-19 dan hadirnya berbagai kebijakan untuk meningkatkan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, menjadi harapan bagi upaya pemberian layanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan. Terlebih, penyelenggaraan akreditasi fasyankes juga telah tersentuh oleh Transformasi Sistem Kesehatan yang dicanangkan Kementerian Kesehatan dengan penetapan regulasi terbaru, standar akreditasi, standar biaya, juknis survei, penggunaan teknologi informasi, pembentukan tim binwas, standar kurikulum dan modul pelatihan, serta penetapan LPA. Meski demikian, banyaknya LPA yang ditetapkan juga menimbulkan kekhawatiran akan proses pelaksanaan survei akreditasi yang melemah dan tidak standar karena LPA berlomba-lomba dipilih menjadi mitra fasyankes dan pada akhirnya justru terjadi penurunan mutu pelayanan kesehatan.

7. Penguatan Pengendalian Gizi Masyarakat

Pada rencana pembangunan periode 2019-2024, fokus kerja Kementerian

66 Surat Edaran Nomor Hk.02.01/MENKES/1048/2023.
67 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024.

Kesehatan tidak hanya pada pencegahan, tetapi lebih pada upaya penyelesaian masalah stunting yang ada. Awalnya, target penurunan stunting di 2024 diproyeksikan mencapai 21%, namun kemudian pimpinan menetapkan target yang lebih ambisius yaitu 14%. Meskipun kebijakan ini disambut dengan skeptisisme, mengingat penurunan sebesar 20% dalam waktu lima tahun dianggap tidak realistis dan sulit dipercaya oleh dunia internasional.[68] Setelah target tersebut ditetapkan, perhatian lebih difokuskan pada penyelesaian di daerah-daerah tertinggal dan terpencil. Pada saat itu, penutur sudah beralih tugas dari bidang kesehatan masyarakat (kesmas) ke pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P), sehingga perannya dalam upaya penanganan stunting telah beralih.

Saat ini, pembahasan tentang stunting lebih berfokus pada menurunkan angka secara cepat, bukan menyelesaikan masalah mendasar yang menyebabkan stunting. Masalah stunting tidak hanya terkait dengan kekurangan gizi, tetapi juga kurangnya edukasi yang seharusnya disertakan dalam program pemberian gizi. Pendekatan yang hanya mengejar penurunan angka stunting untuk kinerja kepala daerah memang bisa menjadi indikator, namun harus disertai dengan tata kelola yang baik. Contohnya, dalam survei Riskesdas tahun 2023 yang kemudian disebut SKI, ada janji dari Gubernur Sumatera Utara untuk menurunkan angka stunting menjadi nol, yang dianggap tidak realistis. Meskipun angka stunting bisa dilaporkan turun, hasil ini cenderung merupakan manipulasi pelaporan, bukan cerminan dari penyelesaian nyata di lapangan. Diperkirakan bahwa dalam survei berikutnya, angka stunting akan dibuat sesuai dengan target kebijakan, namun hal tersebut tidak selalu menggambarkan perbaikan sesungguhnya.

Aspek edukasi dalam penanganan stunting menjadi hal yang sangat penting. Fokus utama tidak hanya terletak pada penyediaan makanan, tetapi juga pada aspek pengasuhan. Meskipun banyak individu menyadari isu gizi kurang dan gizi buruk, tidak semua kasus ini berkaitan dengan kemiskinan. Beberapa individu yang tidak berada dalam kondisi miskin juga mungkin kurang memahami cara menyediakan makanan bergizi. Oleh karena itu, peningkatan pemahaman mengenai gizi harus mencakup tiga aspek utama: pemilihan, pengolahan, dan penyajian makanan. Ketiga aspek ini perlu dipahami sebagai satu kesatuan untuk mencapai hasil yang optimal. Diskusi mengenai makanan, seperti pertanyaan mengenai apakah gudeg dapat dianggap sebagai sayur, juga penting untuk meningkatkan kesadaran akan pemilihan makanan yang sehat dan bergizi. Khusus pencegahan stunting, intervensi gizi yang spesifik ditargetkan oleh

68 Wawancara dengan dr. Anung Sugihantono, M.Kes., Direktur Jenderal P2P Kementerian Kesehatan RI, periode 2018-2020, pada 23 September 2024.

Kementerian Kesehatan pada remaja putri, ibu hamil, bayi, dan balita. Program intervensi gizi terutama dilakukan dengan pemberian tablet tambah daerah satu minggu sekali pada remaja putri, pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil setidaknya enam kali, dan memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil.[69]

Pada penyelenggaraan Hari Gizi Nasional ke-63 tahun 2023, Kementerian Kesehatan memberikan rekomendasi untuk meminimalisir stunting. Ada empat hal yang dinilai penting, yakni memberikan ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan, membawa anak ke posyandu secara berkala, mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) secara rutin, serta memberikan MPASI yang kaya protein hewani untuk bayi yang berusia diatas 6 bulan.[70] Selain itu, edukasi mengenai imunisasi dasar juga digalakkan, terutama imunisasi polio, sebagai strategi untuk mencegah kecacatan, gizi rendah, dan kematian pada anak. Kemudian pada 2024, edukasi serupa masih terus dilakukan. Kementerian Kesehatan juga menekankan pentingnya pemenuhan ibu hamil, yang salah satunya dapat didukung dengan mengonsumsi suplemen Multiple Mikronutrien Suplementasi (MMS).[71] Suplemen tersebut bermanfaat untuk menyehatkan bayi, mengurangi potensi bayi lahir pendek, serta mengurangi risiko kematian bayi. Menyusul edukasi tersebut, Kementerian Kesehatan mendistribusikan 1,3 juta botol MMS yang masing-masing berisi 180 tablet untuk ibu hamil.[72]

Dalam perkembangannya, Pemerintah membentuk Badan Gizi Nasional (BGN) pada Agustus 2024 melalui Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2024. Secara institusional, badan tersebut bertugas untuk mengupayakan pemenuhan gizi nasional dan bertanggung jawab langsung pada Presiden. Upaya pemenuhan gizi tersebut setidaknya diutamakan pada beberapa sasaran, yakni peserta didik (jenjang pendidikan usia dini, pendidikan dasar, pendidikan menengah dan yang setara, hingga pendidikan pesantren), anak berusia dibawah lima tahun, ibu hamil, dan ibu menyusui.[73] Mempertimbangkan sasarannya, maka jelas bahwa BGN ditujukan untuk mengurangi potensi stunting pada masyarakat. Disisi lain, Kementerian Kesehatan juga melakukan kolaborasi lintas sektor dengan lembaga kementerian maupun non kementerian. Sebagai contoh, Kementerian Kesehatan mendukung langkah-langkah Kemenko PMK untuk membantu pencegahan

69 "Peringatan HAN 2024 Jadi Momentum Lindungi Anak dari Stunting dan Polio" diakses melalui https://kemkes.go.id/id/peringatan-han-2024-jadi-momentum-lindungi-anak-dari-stunting-dan-polio

70 "4 Cara Mencegah Stunting" diakses melalui: https://upk.kemkes.go.id/new/4-cara-mencegah-stunting

71 "Menkes Tekankan Pentingnya Ragam Mikronutrien bagi Ibu Hamil" diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241018/2246644/menkes-tekankan-pentingnya-ragam-mikronutrien-bagi-ibu-hamil/

72 *Antara News*, edisi 18 Oktober 2024.

73 Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2024.

stunting. Salah satu kinerja Kemenko PMK adalah melakukan pengukuran dan pendataan terhadap calon pengantin, ibu hamil, dan balita melalui fasilitas posyandu, sehingga dapat diperoleh data lapangan mengenai potensi terjadi atau tidaknya stunting.[74] Kementerian Kesehatan juga mendukung kerja-kerja serupa sekaligus edukasi pencegahan stunting yang dilakukan oleh BKKBN di berbagai daerah. Sementara dengan BPOM, pada 2024, Kementerian Kesehatan mengembangkan program desa pangan aman dengan mengutamakan pemberian makanan tambahan (PMT) berbahan lokal untuk mengatasi kekurangan gizi, kelebihan gizi, dan mikronutrien (kekurangan gizi spesifik).[75]

Namun, pengendalian gizi masyarakat masih menghadapi tantangan yang cukup besar. Selain terbatasnya pengetahuan masyarakat terkait gizi, faktor sosiologis seperti tidak berimbangnya infrastruktur kesehatan juga berdampak pada rendahnya peningkatan gizi masyarakat terutama sejak pandemi COVID-19. Tantangan ini disoroti oleh BKKBN, dimana terjadi ketidakseimbangan antara jumlah infrastruktur kesehatan dengan jumlah penduduknya. Sebagai contoh, di Jawa Barat, pada 2022 hanya ada sekitar enam ribu desa yang memiliki fasilitas kesehatan dan pelayanan administrasinya, sementara penduduk yang tersebar di provinsi tersebut mencapai 50.000.000 jiwa.[76] Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan gizi harus diikuti dengan peningkatan infrastruktur kesehatan.

8. Penguatan Pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM)

Pasca pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan juga fokus untuk mengurangi ketergantungan masyarakat pada layanan kuratif. Kebijakan ini dilakukan pada beberapa penyakit atau isu kesehatan terutama menguatkan strategi pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM). Perubahan transformasi dalam pola penyakit dimana pada tahun 1990-an penyakit menular menjadi penyebab utama kematian, sementara pada era 2020-an penyakit tidak menular kini mendominasi dengan penyebab kematian utama seperti stroke, penyakit jantung, kanker, dan penyakit ginjal. Untuk mengatasi hal ini, strategi program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular telah diterapkan. Program pencegahan ini sangat penting dalam mengurangi beban penyakit seperti diabetes dan hipertensi, yang merupakan faktor penyebab penyakit tidak menular.

Beberapa langkah strategis yang dilaksanakan meliputi promosi kesehatan

74 "Pemerintah Melakukan Pengukuran dan Intervensi Serentak Pencegahan Stunting Tahun 2024", diakses melalui: https://www.kemenkopmk.go.id/pemerintah-melakukan-pengukuran-dan-intervensi-serentak-pencegahan-stunting-tahun-2024.

75 *Antara News*, edisi 14 Oktober 2024.

76 *Antara News*, edisi 28 Februari 2022.

dan pencegahan, dengan masyarakat diberikan edukasi mengenai gaya hidup sehat, pola makan seimbang, olahraga, serta menghindari faktor risiko seperti merokok dan konsumsi alkohol. Deteksi dini juga dilakukan melalui posbindu dan posyandu, yang digunakan untuk mendeteksi penyakit seperti obesitas dan diabetes. Alat pemeriksaan rapid test telah dibagikan di posyandu, sehingga kadar gula darah dapat diperiksa. Jika ditemukan kadar gula darah tinggi, pasien segera dirujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan. Strategi ini terbukti lebih baik dibandingkan pendekatan sebelumnya, karena survei menunjukkan bahwa hingga 300% dari pasien diabetes baru terdeteksi saat tidak bergejala, menunjukkan perlunya langkah-langkah pencegahan yang lebih proaktif.[77] Melalui penerapan pola deteksi dini di posbindu atau posyandu diharapkan dapat meningkatkan efektivitas pengobatan terhadap penyakit tidak menular, sehingga penanganan kesehatan masyarakat menjadi lebih optimal.

Memperkuat upaya deteksi dini, Kementerian Kesehatan melakukan penataan ulang Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas) dengan meningkatkan jumlahnya, melengkapi sarana dan prasarana yang diperlukan, serta meningkatkan kualitasnya. Pada 2023, Kementerian Kesehatan merencanakan untuk menambah Laboratorium di Puskesmas dengan kategori Lab *non biosafety level* (BSL) sebanyak 10.374 unit, Labkesmas di kabupaten/kota dengan kategori BSL 2 sebanyak 231 unit, Labkesmas di provinsi dengan kategori BSL 2 sebanyak 28 unit, Labkesmas regional dengan kategori BSL 2 sebanyak 12 unit, dan Labkesmas nasional dengan kategori BSL 3 sebanyak dua unit.[78] Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin terus memperluas pengembangan mengembangkan labkesmas hingga tahun 2024.[79] Labkesmas yang dimaksud memang tidak hanya digunakan untuk kepentingan deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM), melainkan juga penyakit menular, pemantauan resistensi obat, hingga deteksi dini terkait binatang yang dapat menyebabkan penyakit atau wabah. Namun, skrining terhadap PTM juga menjadi prioritas dalam labkesmas tersebut, sebagaimana diungkap oleh Budi Gunadi Sadikin.

Pengambilan keputusan strategis dalam intervensi kesehatan dipengaruhi oleh data yang cepat dan akurat, dimana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dan kolaborasi multisektor antara masyarakat, pemerintah, dan sektor swasta untuk memperkuat upaya

77 Wawancara dengan Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D., Wakil Menteri Kesehatan RI, periode 2022-sekarang, pada 3 Oktober 2024.

78 *Antara News*, edisi 6 April 2023.

79 *Antara News*, edisi 26 Agustus 2024; https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20240827/4846309/perkuat-intervensi-pencegahan-penyakit-kemenkes-luncurkan-laboratorium-kesehatan-masyarakat/

kesehatan.[80] Pembinaan dan pengawasan diatur dengan sanksi bagi pelanggar, seperti kewajiban vaksinasi dan pelaporan penyakit. Undang-undang ini berfokus pada faktor risiko penyakit tidak menular, seperti merokok, konsumsi alkohol, dan pola makan buruk, melalui regulasi dan kampanye gaya hidup sehat, serta menekankan pencegahan dan pengendalian penyakit secara efisien dibandingkan dengan upaya kuratif yang lebih mahal. Dengan demikian, diharapkan undang-undang ini memberikan dampak positif secara ekonomis dan meningkatkan pembiayaan kesehatan dibandingkan undang-undang sebelumnya.

Kementerian Kesehatan juga mengatur pengendalian terhadap produk-produk berbahaya. Pengendalian produk berbahaya seperti tembakau dan alkohol dilakukan melalui regulasi ketat dan kampanye kesehatan, termasuk kampanye anti-merokok, pengenaan cukai pada barang kebutuhan pokok, dan promosi gaya hidup sehat. Kementerian Kesehatan secara aktif memantau prevalensi penyakit tidak menular melalui surveilans dan analisis data. Untuk memperkuat pengendalian ini, pemerintah mengeluarkan kebijakan baru pada tahun 2023 dan 2024, seperti kenaikan tarif cukai hasil tembakau sebesar 10% dan pengetatan aturan terkait produk tembakau agar setara dengan regulasi minuman beralkohol.[81] Selain itu, pajak untuk minuman beralkohol dikenakan berdasarkan kadar alkohol dalam produk. Kementerian Kesehatan juga mendorong keterlibatan masyarakat dalam edukasi tentang bahaya merokok dan konsumsi alkohol, dengan tujuan menurunkan angka kematian akibat penyakit tidak menular yang dipicu oleh konsumsi tersebut. Implementasi kebijakan ini diharapkan menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat, melalui kolaborasi antara institusi pemerintah dan masyarakat.

Tahun 2024, Kementerian Kesehatan terus melakukan inovasi untuk meningkatkan skrining PTM. Salah satunya adalah dengan mempergunakan platform Whatsapp untuk mengirimkan notifikasi skrining PTM, yang meliputi skrining kardiovaskular, kanker, kelainan darah, hingga gangguan pernapasan.[82] Disisi lain, Kementerian Kesehatan juga menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok yang ditargetkan mencapai 350 kabupaten/kota pada tahun yang sama. Hal tersebut dilakukan untuk menekan angka prevalensi perokok, selain dengan menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI menyebut upaya tersebut cukup strategis untuk mengurangi dan menekan empat faktor risiko yang menyebabkan PTM, yakni diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik,

80 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.
81 *CNBC Indonesia*, edisi 19 Desember 2023.
82 *Antara News*, edisi 17 Juli 2024.

mengonsumsi alkohol, dan merokok.[83]

Isu penyakit tidak menular (PTM) juga diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Untuk mencegah PTM, peraturan tersebut mendorong pentingnya pencantuman informasi nilai gizi dan atau batas maksimum kandungan gula, garam, dan lemak pada pangan.[84] Pencantuman informasi tersebut juga wajib diikuti dengan edukasi pada masyarakat, terutama untuk membaca informasi nilai gizi pada setiap makanan atau bahan makanan yang dibeli dan atau akan dikonsumsi.

Selain itu, pengurangan ketergantungan juga dilakukan dengan penguatan pelayanan kesehatan yang mengedepankan kolaborasi lintas sektoral. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan memperkuat peran Puskesmas, melatih tenaga kesehatan, serta memperbaiki manajemen untuk penyakit kronis dalam konteks perawatan jangka pendek dan jangka panjang. Selain itu, pendekatan intersektoral diadopsi dengan menjalin kerja sama antara Kementerian Kesehatan dan sektor lain untuk mendukung terciptanya lingkungan yang sehat. Upaya ini termasuk menciptakan kota yang ramah terhadap aktivitas fisik dan meningkatkan akses terhadap makanan sehat. Langkah-langkah tersebut sangat penting, mengingat tingginya angka polusi dan obesitas yang berkontribusi pada meningkatnya kasus penyakit tidak menular dibandingkan dengan faktor-faktor lainnya. Disisi lain, Kementerian Kesehatan juga bekerja sama dengan sejumlah institusi swasta. Pada tahun 2024 misalnya, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan AstraZeneca Indonesia untuk melakukan pencegahan PTM asma, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan kanker.[85]

9. Penguatan Promosi Kesehatan

Dalam upaya layanan kesehatan, *service package* komprehensif diperkenalkan sebagai respon terhadap penurunan cakupan layanan selama pandemi COVID-19 dan didorong oleh gerakan global untuk penguatan layanan kesehatan primer. Konferensi Alma-Ata dan Deklarasi Astana pada 2018 menjadi referensi utama yang menekankan pentingnya *people-centered primary healthcare*, yaitu fokus pada populasi atau individu, bukan hanya program. Terjemahan konsep ini di Indonesia dilakukan melalui pendekatan siklus hidup, dimana *service package* disusun untuk setiap tahap kehidupan guna memastikan layanan kesehatan yang menyeluruh dan berkelanjutan. Transformasi ini didasarkan pada perubahan pola pikir yang menekankan pentingnya menciptakan masyarakat

83 *Antara News*, edisi 16 Oktober 2024.
84 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.
85 *Media Indonesia*, edisi 21 Juni 2024.

yang sehat dan menjaga kesehatan mereka. Pendekatan proaktif ini bertujuan agar masyarakat tidak hanya menunggu untuk diobati setelah sakit, tetapi lebih memahami cara hidup sehat.

Pendekatan *data for action* digunakan untuk mengidentifikasi 10 beban penyakit terbesar, dengan fokus utama pada empat isu kesehatan. Pertama, kesehatan ibu dan anak (maternal dan neonatal) menjadi perhatian karena masih banyak kasus bayi berat lahir rendah (BBLR) dan prematuritas, yang terutama terkait dengan status gizi ibu dan anak. Kedua, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) diutamakan karena masih banyak anak yang mengalami diare dan infeksi kulit akibat gaya hidup yang belum bersih dan sehat. Ketiga, kesehatan jiwa remaja telah diidentifikasi sebagai isu penting, menjadi beban penyakit nomor dua setelah kecelakaan lalu lintas. Keempat, penyakit kardiovaskular menjadi fokus dengan perhatian khusus pada obesitas dan upaya pengurangan penyakit kardiovaskuler. Berdasarkan analisis beban penyakit ini, strategi komunikasi yang lebih komprehensif telah disusun untuk mempromosikan kesehatan dan memperkuat sisi promotif dalam penanganan keempat isu tersebut.

Selain itu, digitalisasi juga memainkan peran penting dalam promosi kesehatan pasca-pandemi. Sistem digital dikembangkan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan. Berbagai inovasi digital, seperti *chatbot* dan situs web *Ayo Sehat* (ayo sehat.kemkes.go.id), telah diluncurkan sebagai pusat informasi kesehatan resmi dari Kementerian Kesehatan. Platform ini mencakup berbagai topik kesehatan, dari penyakit menular hingga imunisasi, untuk memudahkan masyarakat mendapatkan informasi yang relevan. Penggunaan sistem ini terus dipantau, dengan peningkatan jumlah akses yang diukur secara berkala. Selain itu, inisiatif digital lainnya seperti *Aplikasi Sehat IndonesiaKu* (ASIK) juga diterapkan, memberikan pengingat melalui WhatsApp tentang imunisasi dan layanan Posyandu, yang diharapkan dapat meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam menjaga kesehatan melalui pendekatan digital. Dengan menambahkan saluran digital dalam strategi promosi kesehatan, informasi mengenai cara hidup sehat disebarkan secara lebih komprehensif melalui sektor pendidikan. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan mendorong mereka untuk menjalani gaya hidup yang lebih sehat.

Dalam upaya promosi kesehatan, koordinasi dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) dilakukan untuk mengintegrasikan pendidikan kesehatan di sekolah. Melalui analisis data terhadap 10 beban kesehatan terbesar di setiap siklus hidup, materi ajar untuk pendidikan kesehatan dari PAUD hingga SMA telah disusun. Berbeda dengan pendekatan sebelumnya yang memasukkan

topik kesehatan secara terpisah, kini 22 topik kesehatan telah dirancang dengan level yang sesuai untuk setiap jenjang pendidikan. Sebanyak 156 bahan ajar telah disiapkan dan dimasukkan ke dalam platform Merdeka Mengajar, hasil kolaborasi antara Kemendikbud dan Kementerian Agama.

Dalam upaya memperkuat promosi kesehatan, perhatian khusus diberikan kepada penguatan Posyandu. Kader Posyandu telah dilengkapi dengan panduan percakapan (*conversation guide*) yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam berkomunikasi dengan masyarakat. Mengingat keterbatasan pengetahuan kader, panduan ini membantu mereka menyampaikan informasi penting kepada ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan, serta kepada ibu dengan bayi di bawah enam bulan mengenai pentingnya ASI eksklusif. Kunjungan rumah kader dijadwalkan dilakukan sebulan sekali, sehingga setiap keluarga dapat berinteraksi dengan kader dan mendapatkan sesi kesehatan yang diharapkan dapat mendorong mereka untuk lebih memperhatikan kesehatan keluarga. Selain itu, penguatan juga dilakukan melalui keterlibatan kelompok masyarakat, termasuk Pramuka, dengan program Saka Bakti Husada. Upaya ini mencakup pelatihan keterampilan dasar pertolongan pertama, seperti yang akan dibuka dalam acara malam ini. Keterampilan ini diharapkan dapat membantu masyarakat, terutama dalam situasi darurat, mirip dengan kemampuan yang telah dimiliki oleh masyarakat di negara lain. Dengan pendekatan ini, diharapkan promosi kesehatan dapat diperkuat dan keterlibatan masyarakat dalam menjaga kesehatan dapat meningkat.

10. Menyiapkan Layanan Kesehatan untuk Merespons Situasi Krisis

Sejak adanya Undang-Undang Kesehatan pada tahun 2009, terdapat perubahan signifikan dalam pengakuan terhadap isu bencana dan krisis kesehatan. Dalam periode antara 2009 hingga 2023, istilah "bencana" dan "krisis" disebutkan sebanyak 144 kali dalam undang-undang tersebut, yang terintegrasi ke dalam hampir sembilan bab dari total 27 bab. Hal ini menunjukkan bahwa urusan bencana tidak lagi dianggap sebagai tanggung jawab satu unit di Kementerian Kesehatan atau hanya beberapa individu di puskesmas atau rumah sakit. Sebaliknya, aspek bencana telah terintegrasi ke dalam berbagai elemen kebijakan kesehatan, termasuk di Dinas Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam undang-undang ini, diatur bahwa rumah sakit diwajibkan untuk menyiapkan dokumen terkait bencana dan membangun fasilitas sesuai standar tertentu. Ini mencerminkan perubahan dari kebijakan sebelumnya, yang tidak memberikan perhatian yang sama terhadap kesiapsiagaan dan respons terhadap bencana. Ini menunjukkan bahwa aspek krisis kesehatan telah diakomodasi

dengan lebih baik dalam kebijakan baru, menandakan adanya perhatian yang lebih serius terhadap tantangan kesehatan yang kompleks di masa depan.

Namun setelah pandemi, urgensi kesiapan layanan kesehatan untuk menghadapi bencana makin tinggi. Adanya Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa sistem kesehatan Indonesia dapat menghadapi situasi darurat, termasuk bencana alam dan non-alam.[86] Dengan memasukkan istilah "bencana" dalam konteks yang lebih luas, undang-undang ini mengakui perlunya integrasi antara manajemen bencana dan pelayanan kesehatan. Kebijakan baru ini juga memperkuat peran pemerintah dalam merespons situasi darurat kesehatan secara lebih efektif, serta menekankan pentingnya koordinasi antara berbagai instansi terkait. Undang-Undang ini juga mengatur tentang peningkatan kapasitas sistem kesehatan, penyiapan tenaga kesehatan, dan penyediaan sarana prasarana kesehatan yang memadai untuk menghadapi bencana. Melalui regulasi ini, diharapkan akan terbangun sistem kesehatan yang lebih tangguh, mampu beradaptasi dan berfungsi dengan baik di tengah berbagai tantangan, termasuk potensi krisis kesehatan di masa depan. Dengan demikian, Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menjadi landasan penting bagi pembangunan sistem kesehatan yang lebih resilient di Indonesia. Penguatan isu krisis dan bencana dalam undang-undang juga menandakan bahwa perhatian terhadap isu-isu ini telah lebih baik diakomodasi dalam kebijakan resmi, tidak hanya terbatas pada keputusan Menteri Kesehatan. Selama fase pandemi, juga terjadi transformasi dalam sistem pencegahan dengan diperkenalkannya pilar tersendiri, yang dikenal sebagai pilar 3A, yang secara khusus membahas cadangan tenaga kesehatan.

Setelah pandemi, pengurangan risiko bencana semakin diakui sebagai aspek penting dalam kebijakan kesehatan, dengan regulasi yang telah diakomodasi dan tujuan yang lebih jelas. Terdapat penekanan pada 3 aspek utama yaitu, integrasi pengurangan risiko bencana ke dalam sub-sub bidang terkait, peningkatan jumlah pelatihan, dan tantangan kekurangan fasilitator. Meskipun ada 144 rumah sakit kabupaten dan kota yang direncanakan untuk didukung oleh Kementerian Kesehatan hingga 2030, hanya 27 fasilitator yang tersedia, menimbulkan kekhawatiran tentang kemampuan untuk memenuhi target tersebut. Terbentuknya fasilitator lokal menjadi langkah positif, tetapi jumlahnya masih terbatas di 38 provinsi, menunjukkan adanya ketidakcukupan sumber daya. Di sisi lain, masyarakat mulai melupakan pentingnya persiapan menghadapi bencana. Banyak program kesehatan, termasuk imunisasi dan

86 Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023.

pemberian vitamin, terhambat akibat pandemi COVID-19, yang dianggap sebagai bencana. Jika masyarakat tidak diingatkan kembali tentang pentingnya ketahanan dan kesiapsiagaan, dikhawatirkan mereka akan melupakan pengalaman dan pelajaran yang didapat selama masa sulit tersebut. Dalam hal ini, analogi pohon kelapa dan bambu digunakan untuk menggambarkan pentingnya fleksibilitas, adaptasi, dan kesiapan dalam menghadapi tantangan di masa depan.

Penguatan pelayanan kesehatan untuk situasi krisis juga didukung oleh Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Krisis kesehatan, menurut peraturan tersebut mencakup beberapa indikator, yakni terjadinya peningkatan jumlah korban, berdampak pada kesehatan masyarakat, keterbatasan kapasitas kesehatan setempat, serta terganggunya akses pelayanan kesehatan.[87] Pelayanan kesehatan di berbagai tingkatan, termasuk rumah sakit, juga wajib melakukan peningkatan kualitasnya untuk menanggulangi krisis atau bencana. Rumah Sakit juga didorong untuk memberikan pelayanan langsung kepada korban bencana, baik di lokasi bencana maupun di rumah sakit, serta memberikan pelayanan rehabilitas psikososial dan rehabilitasi fisik. Selain itu, setiap fasilitas layanan kesehatan juga harus menyiapkan manajemen pra bencana. Antara lain meliputi upaya mengurangi ancaman bahaya yang berkaitan langsung dengan kesehatan, memperkuat status kesehatan masyarakat, mengurangi kerentanan infrastruktur kesehatan terhadap segala bahaya, meningkatkan kapasitas SDM Kesehatan, dan meningkatkan koordinasi lintas sektor dengan klaster non-kesehatan untuk menghadapi masa krisis.

E. Kebijakan Produk Kesehatan: Obat dan Alkes

Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 adalah aturan pelaksana dari Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. PP ini diterbitkan untuk memberikan kerangka hukum yang lebih jelas dan terperinci dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. PP ini menyusun ketentuan teknis yang lebih rinci untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pengelolaan perbekalan kesehatan, serta ketahanan kefarmasian alat kesehatan. Dengan adanya Transformasi Kesehatan terhadap penerbitan PP ini, pemerintah berharap dapat membangun sistem kesehatan yang lebih tangguh, mandiri, dan inklusif, serta menjawab tantangan kesehatan di masa depan.

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini dikeluarkan sebagai respons atas kebutuhan mendasar untuk meningkatkan ketahanan dan sistem kesehatan nasional setelah pandemi COVID-19, termasuk pengelolaan obat dan

87 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

alat kesehatan.[88] Undang-undang ini mencakup ketentuan-ketentuan penting yang terkait dengan ketersediaan obat, alat kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjamin akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang merata. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023, yang disahkan pada 8 Agustus 2023, mengatur berbagai aspek penting dalam sistem kesehatan di Indonesia, termasuk:[89]

- Ketentuan Umum: UU ini menetapkan batasan istilah yang digunakan dalam pengaturan kesehatan, termasuk definisi tentang perbekalan kesehatan dan ketahanan kefarmasian.
- Hak dan Kewajiban: Mengatur hak dan kewajiban pemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, serta tanggung jawab mereka terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.
- Pengelolaan Perbekalan Kesehatan: UU ini menekankan pentingnya pengelolaan perbekalan kesehatan yang berkualitas, yang mencakup obat-obatan dan alat kesehatan.
- Ketahanan Kefarmasian: Memperkuat ketahanan sistem kefarmasian untuk memastikan ketersediaan obat dan alat kesehatan yang aman dan efektif.
- Partisipasi Masyarakat: Mengatur partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga kesehatan.

Dengan adanya UU ini, diharapkan sistem kesehatan Indonesia dapat lebih responsif terhadap tantangan yang ada, termasuk dalam menghadapi kejadian luar biasa dan wabah. Selain itu, UU ini berfungsi sebagai landasan untuk penguatan regulasi dan pengawasan atas fasilitas kesehatan, obat-obatan, dan alat kesehatan yang aman, terjangkau, serta memenuhi standar nasional, yang menjadi prioritas utama pasca COVID-19.

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 adalah aturan pelaksana dari UU Nomor 17 Tahun 2023 yang memberikan kerangka hukum lebih jelas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Beberapa poin penting yang berhubungan dengan obat dan alat kesehatan ini meliputi:[90]

- Pasal 931 menjelaskan percepatan pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan guna membangun kesehatan nasional. Hal ini dilakukan melalui penelitian, pengembangan, serta penguatan rantai pasok secara terintegrasi dari hulu hingga hilir.
- Pasal 933 dan 934 membahas penelitian dan pengembangan obat berbahan

88 Peraturan Presiden RI Nomor 48 Tahun 2023 tentang Pengakhiran Penanganan Pandemi COVID-19.
89 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
90 Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

alam yang ditujukan untuk mempertimbangkan kebutuhan nasional dan keberlanjutan bahan baku, sementara Pasal 935 menekankan pemanfaatan sumber daya alam secara berkelanjutan dalam produksi obat alami.

- Pasal 937 mengamanatkan bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat mengutamakan produk farmasi dalam negeri untuk meningkatkan ketahanan kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 bertujuan memperkuat ketahanan kesehatan nasional pasca-COVID-19 dengan mendorong pengembangan dan penggunaan obat serta alat kesehatan produksi dalam negeri. Regulasi ini menekankan pentingnya percepatan pembangunan industri farmasi lokal dan pemanfaatan sumber daya alam Indonesia untuk mengurangi ketergantungan impor. Pemerintah juga mendorong seluruh pihak, termasuk masyarakat, untuk memprioritaskan produk farmasi dalam negeri guna menjaga stabilitas pasokan dan kesiapsiagaan menghadapi darurat kesehatan di masa depan.

Dengan demikian, kedua regulasi[91] tersebut bertujuan untuk memperbaiki sistem kesehatan di Indonesia dengan fokus pada peningkatan kualitas layanan, aksesibilitas obat dan alat kesehatan, serta penguatan kapasitas tenaga kesehatan. Ini juga mencerminkan upaya pemerintah untuk menjawab tantangan kesehatan di masa depan dengan pendekatan yang lebih holistik. Kebijakan farmalkes dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 menciptakan kerangka hukum yang lebih terstruktur untuk pengelolaan perbekalan kesehatan di Indonesia. Dengan penekanan pada ketahanan kefarmasian dan pengelolaan obat serta alat kesehatan yang efisien, diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat.

Selain adanya kebijakan pada UU dan juga PP mengenai penguatan sistem ketahanan nasional pasca COVID-19 terdapat Perkembangan kebijakan terkait penggunaan cyclotron di Indonesia yang semakin signifikan, terutama dalam konteks penanganan penyakit kanker yang terkait dengan program KJSU. Cyclotron adalah alat yang digunakan untuk memproduksi radioisotop, termasuk fluorodeoxyglucose (FDG), yang sangat penting dalam diagnosis dan terapi kanker menggunakan teknologi Positron Emission Tomography (PET). Pada 9 September 2024, PT Bio Farma meluncurkan fasilitas cyclotron di Cikarang, Jawa Barat. Fasilitas ini dirancang untuk memproduksi radiofarmaka, khususnya FDG, yang akan menyuplai kebutuhan rumah sakit yang memiliki alat PET Scan. Menteri

91 Kedua regulasi yang dimaksud merujuk pada UU Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024.

Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menekankan pentingnya fasilitas ini mengingat tingginya angka kematian akibat kanker di Indonesia, dengan lebih dari 408.000 kasus baru setiap tahun. Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN) berperan penting dalam mengawasi fasilitas-fasilitas yang menggunakan teknologi nuklir, termasuk cyclotron. BAPETEN memastikan bahwa semua prosedur keselamatan radiasi dipatuhi untuk melindungi pekerja dan masyarakat. Dengan adanya fasilitas ini, Indonesia diharapkan dapat mandiri dalam produksi radiofarmaka, mengurangi ketergantungan pada impor, dan meningkatkan akses layanan kesehatan modern bagi pasien kanker[92].

F. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah menerbitkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang diundangkan pada 8 Agustus 2023. Salah satu aspek penting dari undang-undang ini adalah pengaturan mengenai sistem informasi kesehatan. Selain itu, Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 juga berfungsi sebagai peraturan pelaksana untuk mengimplementasikan ketentuan-ketentuan dalam undang-undang tersebut.

Dalam era digital dan globalisasi, kebutuhan akan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi menjadi semakin mendesak. Data kesehatan yang akurat dan tepat waktu sangat penting untuk pengambilan keputusan yang efektif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Sebelum adanya kebijakan ini, pengelolaan data kesehatan di Indonesia seringkali terfragmentasi, dengan berbagai kementerian dan lembaga memiliki sistem informasi masing-masing yang tidak saling terhubung. Salah satu tujuan utama dari kebijakan ini adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penggunaan data yang lebih baik dan lebih terintegrasi. Dengan adanya sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, diharapkan dapat memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan dan meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan sumber daya.

1. Ketentuan dalam UU No. 17 Tahun 2023

Pengaturan Sistem Informasi Kesehatan dalam UU No. 17 Tahun 2023 membahas tentang pentingnya sistem informasi kesehatan sebagai bagian dari penyelenggaraan kesehatan. Ini mencakup pengumpulan, pengolahan, dan penyebaran data kesehatan yang relevan untuk semua tingkat pelayanan. Undang-undang ini juga menetapkan hak dan kewajiban pemerintah pusat dan daerah dalam menyediakan akses terhadap informasi kesehatan bagi

92 https://www.biofarma.co.id/id/announcement/detail/bio-farma-perkuat-kemandirian-kesehatan-luncurkan-fasilitas-radiofarmaka-terapi-kanker-modern

masyarakat. Sistem Informasi Kesehatan adalah sistem yang mengintegrasikan berbagai tahapan pemrosesan, pelaporan, dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan Kesehatan serta mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan Kesehatan. Sedangkan SIKN atau Sistem Informasi Kesehatan Nasional adalah Sistem Informasi Kesehatan yang dikelola oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang mengintegrasikan dan menstandarisasi seluruh Sistem Informasi Kesehatan dalam mendukung pembangunan Kesehatan.

Dalam pasal 25 UU No. 17 Tahun 2023, Upaya kesehatan termasuk pelayanan kesehatan, dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan kualitas penyampaian layanan. Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi dilakukan melalui telekesehatan dan telemedisin yang harus terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN). Integrasi ini bertujuan untuk memastikan pertukaran data pasien yang mulus, perawatan yang efektif, dan kontinuitas layanan. Peraturan ini mendorong tele-kesehatan (layanan kesehatan jarak jauh yang lebih luas, termasuk konsultasi, edukasi kesehatan, dll.) dan telemedisin (layanan medis spesifik seperti diagnosis dan pengobatan jarak jauh) untuk diselaraskan dengan SIKN. Hal ini memastikan konsistensi rekam medis, aksesibilitas data pasien bagi tenaga kesehatan, dan peningkatan layanan kesehatan di berbagai wilayah. Integrasi ini bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil atau yang belum terlayani secara memadai. Selain itu, integrasi ini mempercepat efisiensi penyampaian layanan kesehatan dengan memungkinkan konsultasi dan diagnosis jarak jauh, sehingga mengurangi kunjungan fisik ke fasilitas kesehatan.

Pada Pasal 345 UU No. 17 Tahun 2023 menyebutkan bahwa dalam rangka melakukan Upaya Kesehatan yang efektif dan efisien diselenggarakan Sistem Informasi Kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan ini diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat; Pemerintah Daerah; Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan Masyarakat, baik perseorangan maupun kelompok. Para penyelenggara wajib mengintegrasikan Sistem Informasi Kesehatan dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

2. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024

Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan diatur dalam PP No. 28 Tahun 2024 yang berfungsi sebagai pedoman teknis untuk implementasi sistem informasi kesehatan yang diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023. Ini mencakup standar

operasional prosedur (SOP) untuk pengumpulan dan pengolahan data. Peraturan ini juga menekankan pentingnya koordinasi antara berbagai kementerian dan lembaga dalam pengelolaan data kesehatan agar dapat saling mendukung dan terintegrasi.

PP No. 28 tahun 2024 mengatur tentang integrasi sistem informasi kesehatan dengan sistem informasi kesehatan nasional. Secara rinci, hal ini dijelaskan dalam Pasal 345 ayat (3) UU No. 17 Tahun 2023, yaitu penyelenggara sistem informasi kesehatan wajib mengintegrasikan sistem informasi kesehatan dengan sistem informasi kesehatan nasional. Tujuan utamanya adalah memastikan ketersediaan data dan informasi kesehatan yang terintegrasi secara nasional, serta mendukung pengambilan keputusan dan kebijakan di bidang kesehatan. PP No. 28/2024 menspesifikkan bahwa pemrosesan data dan informasi kesehatan harus dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk peraturan terkait perlindungan data pribadi. Pemrosesan ini meliputi perencanaan, pengumpulan, penyimpanan, pemeriksaan, transfer, pemanfaatan, dan pemusnahan. Pemrosesan data dan informasi kesehatan yang menggunakan data kesehatan individu harus mendapatkan persetujuan dari pemilik data atau memenuhi ketentuan lain yang menjadi dasar pemrosesan data pribadi sesuai dengan peraturan perundang-undangan di bidang perlindungan data pribadi.[93]

a. Tugas Pemerintah Pusat

Pemerintah pusat, melalui Kementerian Kesehatan, bertanggung jawab untuk menetapkan pedoman arsitektur sistem informasi kesehatan, standar dan kriteria terkait, serta melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan sistem informasi kesehatan. Pemerintah pusat juga bertanggung jawab untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Nasional yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, dan masyarakat.

b. Tugas Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menyelenggarakan Sistem Informasi Kesehatan di wilayah masing-masing, tetapi harus mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Pasal 402 ayat (4) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa Pemerintah Daerah wajib melaporkan realisasi belanja kesehatan dan hasil

93 Tata Kelola dan Arsitektur Sistem Informasi Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2017", *Kemenkes* edisi 4 April 2024, diakses melalui https://rc.kemkes.go.id/tata-kelola-dan-arsitektur-sistem-informasi-kesehatan-dalam-undang-undang-no-17-tahun-2023-548212

capaian setiap tahun melalui sistem informasi pendanaan kesehatan yang terintegrasi dengan SIKN. Tanggung jawab Pemerintah Daerah juga mencakup penyediaan data dan informasi kesehatan yang terpadu agar dapat disinkronkan dengan SIKN. Hal ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan data dan informasi kesehatan yang akurat dan terintegrasi secara nasional.[94]

Kebijakan sistem informasi kesehatan yang diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 merupakan langkah penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia melalui penggunaan data yang lebih baik dan terintegrasi. Dengan tujuan memperkuat sistem kesehatan, meningkatkan efisiensi, serta mendorong partisipasi masyarakat, kebijakan ini diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi seluruh warga negara.

G. Simpulan

Era pascapandemi COVID-19 membawa harapan baru bagi perbaikan sistem kesehatan di Indonesia. Keberhasilan Indonesia melewati masa pandemi COVID-19, setidaknya memperkuat harapan tersebut. Pascapandemi, tampak bahwa pemerintah - terutama Kementerian Kesehatan itu sendiri - melakukan berbagai pembenahan dan transformasi untuk memperbaiki sistem kesehatan nasional. Beberapa pencapaian penting pun patut untuk dicatat dan diapresiasi. Dari sisi tata kelola misalnya, penerapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang disusun dengan metode Omnibus Law menjadi pencapaian yang cukup penting, karena mampu mengubah berbagai aspek dalam sistem kesehatan nasional, seperti aspek pelayanan hingga sumber daya manusia. Berbagai perubahan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 membawa implikasi bagi sistem kesehatan di Indonesia secara reformis. Negara lebih banyak berperan. Kemenkes terlihat melakukan konsolidasi agar terjadi koordinasi dan sinkronisasi pemerintahan di sektor kesehatan. Prinsip *Government is to govern* diterapkan dalam proses penyusunan UU ini. Perubahan ini dapat ditangkap sebagai peluang dan tantangan dalam mewujudnyatakan era baru sistem kesehatan di Indonesia, di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Hal ini dibahas secara ringkas dalam tinjauan yang secara khusus menyoroti 11 Undang-Undang yang dicabut pasca disahkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dari sisi pelayanan kesehatan, dapat dikatakan bahwa upaya pelayanan kesehatan memasuki era baru dalam reformasi kesehatan dengan adanya UU

94 "Tata Kelola dan Arsitektur Sistem Informasi Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2017", *Kemenkes* edisi 4 April 2024, diakses melalui https://rc.kemkes.go.id/tata-kelola-dan-arsitektur-sistem-informasi-kesehatan-dalam-undang-undang-no-17-tahun-2023-548212

Kesehatan. Pelayanan paliatif di Indonesia juga terdampak oleh UU Kesehatan yang mengatur sistem pelayanan kesehatan secara reformis, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Sebagai UU yang memiliki sifat reformis, pasal-pasal dalam UU Kesehatan bersifat saling terkait, sehingga berbagai perubahan regulasi upaya kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan ketentuan mengenai sumber daya kesehatan, sumber daya manusia, hingga pendanaan kesehatan.

Selain implikasi terhadap upaya pelayanan kesehatan, pengundangan UU Kesehatan juga memberikan dampak terhadap sumber daya kesehatan, sumber daya manusia, teknologi, hingga pendanaan kesehatan, sebagai konsekuensi kebijakan yang memutar berbagai kebijakan dalam sistem kesehatan secara bersamaan. *Task shifting*, model residensi, sertifikasi, hingga model *Academic Health System* merupakan beberapa alternatif pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia yang muncul sebagai dampak pengesahan UU Kesehatan. Di samping itu, tata kelola sistem kesehatan dan fasilitas kesehatan, termasuk tata kelola RS, juga dihadapkan pada peluang dan tantangan baru. UU Kesehatan juga memberikan implikasi terhadap aspek hukum, terutama dalam hal alternatif penyelesaian sengketa medis.

Dari sisi obat dan alat kesehatan, PP No. 28 Tahun 2024 sebagai aturan pelaksana UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, memperkuat sistem kesehatan nasional pasca-COVID-19 dengan mengatur pengelolaan pelayanan, perbekalan kesehatan, dan ketahanan kefarmasian. Regulasi ini mendorong pengembangan industri farmasi lokal, penggunaan sumber daya alam, serta teknologi modern seperti cyclotron untuk produksi radiofarmaka dalam diagnosis dan terapi kanker. Langkah ini bertujuan meningkatkan akses, kualitas layanan kesehatan, dan kemandirian nasional di bidang kesehatan.

Sedangkan dari sisi Kebijakan sistem informasi kesehatan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 bertujuan membangun sistem informasi kesehatan nasional yang terintegrasi untuk meningkatkan layanan, efisiensi, dan aksesibilitas, termasuk telekesehatan. Integrasi data diwajibkan bagi pemerintah, fasilitas kesehatan, dan masyarakat, dengan perlindungan data pribadi sebagai prioritas, guna memperkuat sistem kesehatan nasional.














BAB 6

Catatan Kritis Dua Dekade Kebijakan Kesehatan di Indonesia

BAB 6
Catatan Kritis Dua Dekade Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Bab ini menyajikan evaluasi dan catatan kritis tentang kebijakan kesehatan nasional dari tahun 1999 sampai 2023, yang sudah dibahas secara rinci dan mendalam di bab II, III, dan IV. Evaluasi tersebut dilakukan berdasarkan *WHO Health System Framework* (Kerangka Sistem Kesehatan WHO Tahun 2010), yang terdiri dari enam *building blocks* yang saling terkait dan saling melengkapi untuk terciptanya sebuah sistem kesehatan yang efektif dan efisien. Keenam komponen *building blocks* tersebut adalah: (i) kepemimpinan/tata kelola (ii) pelayanan kesehatan, (iii) tenaga kesehatan, (iv) sistem informasi kesehatan, (v) produk kesehatan: obat dan alat, dan (vi) pembiayaan. Secara teoritis, berdasarkan panduan WHO tersebut, jikalau keenam komponen blok tersebut bisa dikembangkan secara simultan dan berkesinambungan serta didukung tata kelola (*governance*) yang baik, maka sistem kesehatan nasional di sebuah negara akan mampu mencapai empat tujuan utama, yaitu 1) meningkatnya tingkat dan status kesehatan; 2) meningkatnya kemampuan respons sistem kesehatan terhadap kebutuhan masyarakat; 3) meningkatnya perlindungan resiko sosial dan finansial; dan 4) meningkatnya efisiensi sistem kesehatan secara keseluruhan.

Untuk menilai sejauh mana kebijakan kesehatan Indonesia - dalam enam *building blocks* di atas, selama periode yang dikaji dari tahun 1999 hingga 2023 telah mencapai keempat tujuan tersebut, maka kajian ini menggunakan indikator-indikator sebagai berikut:

1. Status Kesehatan Masyarakat, akan diukur melalui Angka kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI), Beban Penyakit (Mortalitas dan Morbiditas), dan meningkatnya penyakit kronis.
2. Tingkat Responsivitas Sistem Kesehatan akan akan diukur melalui data kualitatif terkait kecepatan dan ketepatan relatif dalam menangani bencana

dan pandemi, khususnya Pandemi COVID-19. Selain itu, juga dilihat besaran anggaran sektor kesehatan, peningkatan infrastruktur pelayanan kesehatan primer dan rujukan.

3. Perlindungan Resiko Sosial dan Finansial, ini akan diukur dengan data-data terkait tren peningkatan klaim asuransi kesehatan, dan tren penurunan mekanisme pembayaran *out of pocket.*
4. Peningkatan Efisiensi Kesehatan, akan diukur melalui data persebaran SDM Kesehatan, rumah sakit, farmasi dan alat kesehatan, pengembangan sistem informasi kesehatan (SIMRS), dan data kualitatif terkait penyalahgunaan dana kesehatan.

Secara umum, keenam komponen *building blocks* dari Kerangka Sistem Kesehatan WHO tersebut telah diintegrasikan dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Hal ini dapat dibaca dalam Pasal 2, yang menyebutkan secara eksplisit bahwa sistem kesehatan nasional Indonesia terdiri dari subsistem atau komponen berikut: a) upaya kesehatan; b) penelitian dan pengembangan kesehatan; c) pembiayaan kesehatan; d) sumber daya manusia kesehatan; e) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; f) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan g). pemberdayaan masyarakat.

Namun demikian, meskipun ketentuan dan panduan WHO tersebut telah diadopsi oleh pemerintah Indonesia, dalam prakteknya pengembangan keenam komponen Sistem Kesehatan Nasional tersebut, terhitung sejak dimulainya kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah pada tahun 2001 tidak berjalan dengan maksimal. Ketentuan dasar bahwa pengembangannya harus dilakukan secara simultan, berkesinambungan dan didukung oleh tata kelola pemerintahan yang baik, tidak bisa terpenuhi secara maksimal. Akibatnya, keenam komponen sistem kesehatan nasional tersebut pengembangannya bersifat parsial, kurang terintegrasi satu dengan yang lain, cenderung berjalan sendiri-sendiri, dan persebarannya tidak merata secara geografis.

Dalam banyak hal, kondisi tersebut dipengaruhi secara langsung maupun tidak langsung oleh kualitas kepemimpinan (*leadership*) dan tata kelola pemerintah (*governance*) di sektor kesehatan yang mengalami perubahan sejak diterapkannya kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi sejak tahun 2001. Kebijakan desentralisasi kesehatan secara efektif dimulai sejak tahun 2002, dan menyebabkan sejumlah perubahan mendasar di berbagai sektor kesehatan nasional. Struktur kelembagaan di lingkungan Kementerian Kesehatan, misalnya, berubah drastis karena Kantor Wilayah (Kanwil) dan Kantor Departemen

(Kandep) Kesehatan dihapuskan dan dilebur ke dalam Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, sehingga kewenangan Pemerintah Pusat sebagai pengelola sektor kesehatan dialihkan ke pemerintah daerah, khususnya pemerintah kabupaten/kota, yang kini berubah menjadi ujung tombak pengelola dan penyedia layanan kesehatan untuk masyarakat.

Namun demikian, restrukturisasi kelembagaan tersebut tidak diikuti dengan penguatan kapasitas pemerintah pusat maupun daerah dalam melaksanakan desentralisasi fiskal dan keuangan, khususnya untuk pembiayaan pelayanan kesehatan. Selain itu, desentralisasi kesehatan dalam pelaksanaannya justru melemahkan koordinasi dan pembagian peran antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, sehingga menciptakan kebingungan dan tumpang-tindih dalam pembagian kewenangan dan tanggung jawab di antara keduanya. Kondisi tersebut menyebabkan melemahnya kepemimpinan (*leadership*) dan tata kelola pemerintah (*governance*) di bidang kesehatan nasional.

Kondisi menjadi semakin pelik, ketika desentralisasi keuangan dan fiskal yang seharusnya mengiringi pelimpahan wewenang dan otoritas tidak berjalan dengan baik. Pemerintah pusat melalui Dana Dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus (DAK) masih mendominasi pengaturan keuangan di bidang kesehatan pada tingkat lokal, sehingga yang terjadi sebenarnya justru adalah sentralisasi. Pemerintah Pusat masih mengatur sepenuhnya penyusunan alokasi anggaran untuk pengembangan kesehatan untuk diikuti oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Selain itu, terdapat ketimpangan kemampuan keuangan dan fiskal antar provinsi dan kabupaten/kota, sehingga menyebabkan terjadinya ketimpangan dalam pembangunan dan pengembangan sektor kesehatan di daerah. Tantangan lain dari desentralisasi kesehatan adalah pemerintah daerah seringkali ditengarai tidak memahami masalah-masalah kesehatan di wilayahnya, sehingga program kesehatan yang diselenggarakan tidak berjalan secara optimal. Hal itu diperburuk dengan komunikasi dengan pemerintah pusat yang tidak selalu berjalan dengan baik, sehingga perumusan program yang dilakukan secara sepihak sering tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat dan tidak sesuai dengan peta jalan (*roadmap*) kebijakan kesehatan nasional. Terakhir, desentralisasi kesehatan juga terhambat oleh keterbatasan sumber daya manusia kesehatan di daerah, baik secara kuantitas maupun kualitas. Hal itu tidak terlepas dari ketimpangan persebaran sumberdaya dan infrastruktur kesehatan nasional, yang masih terpusat di kota-kota besar dan di pulau Jawa utamanya.

Euforia reformasi di sektor kesehatan selain muncul dalam bentuk penghapusan kebijakan sentralistik ala Orde Baru melalui desentralisasi

kesehatan, juga muncul dalam wujud semangat untuk membatasi peran negara dan memperkuat partisipasi masyarakat sipil. Euforia yang kedua itu dapat disaksikan ketika Undang-undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disahkan. UU ini mengubah secara signifikan aturan terkait praktik kedokteran dan pendidikan kedokteran, di mana kewenangan pemerintah (negara) dialihkan kepada organisasi profesi, khususnya Ikatan Dokter Indonesia (IDI), mulai dari pembentukan kolegium, rekomendasi izin praktik, hingga pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Dalam perkembangannya, melalui kewenangan yang dimilikinya tersebut IDI berkembang menjadi organisasi profesi tunggal di bidang kedokteran, yang tidak memiliki saingan atau kekuatan penyeimbang, sehingga mendominasi proses pengambilan keputusan dan regulasi praktik kedokteran di seluruh Indonesia. Bahkan, Menteri Kesehatan dan Kementerian Kesehatan sekalipun relatif tidak mampu untuk melakukan *check and balance* terhadap keputusan dan kebijakan IDI. Dalam konteks desentralisasi kesehatan, otoritas IDI tersebut turut mempengaruhi persebaran sumber daya manusia di bidang kesehatan yang timpang di Indonesia. Kondisi ini menimbulkan pertanyaan publik terkait potensi konflik kepentingan, objektivitas, dan independensi dari IDI, sebuah kondisi yang berbanding terbalik dengan praktik kedokteran global yang memisahkan dengan jelas antara peran pemerintah, organisasi profesi, dan lembaga pendidikan kedokteran. Oleh karena itu, setelah hampir dua dekade pasca disahkannya UU No. 29 tahun 2004, sangat dibutuhkan upaya untuk mengevaluasi kembali keseimbangan peran antara pemerintah dan organisasi profesi dalam sistem kesehatan Indonesia, untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata dan berkeadilan.

Dengan demikian, secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa kebijakan desentralisasi kesehatan memang telah mengubah kebijakan dan tata kelola kesehatan Indonesia. Pemerintah daerah kini memiliki tanggung jawab lebih besar dalam peningkatan kesehatan masyarakat, dan untuk memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya secara optimal untuk mendukung pembangunan di bidang kesehatan. Meski demikian, dalam pelaksanaannya ada banyak tantangan dan permasalahan yang muncul di lapangan, sehingga secara umum desentralisasi kesehatan belum berhasil mewujudkan tujuan utama yang hendak dicapainya, yaitu diantaranya untuk "...memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial; dan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata, tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya ...". Uraian berikut ini akan menjelaskan berbagai indikator dari kegagalan tersebut.

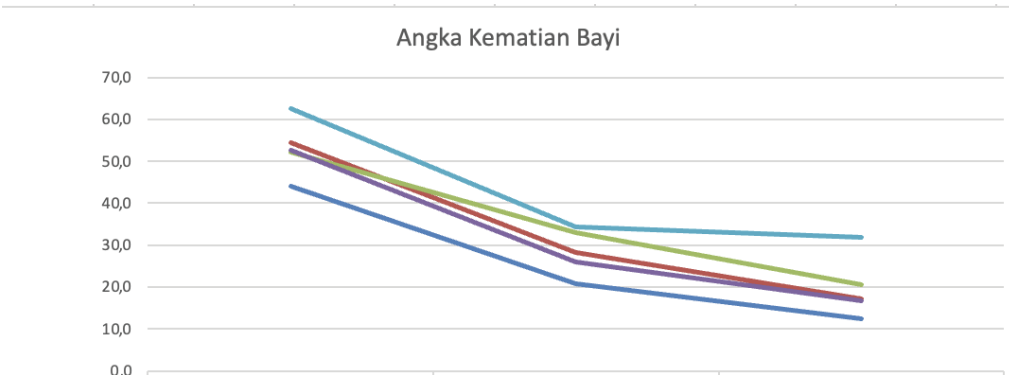
A. Status Kesehatan Masyarakat

Mempertimbangkan ketersediaan data dan informasi untuk periode yang dikaji, Status Kesehatan Masyarakat dalam studi ini diukur melalui Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Beban Penyakit atau DALY (*Disability-Adjusted Life Years*) (*Morbidity*), dan Angka Tingkat Kematian (*Mortality*). Angka Kematian Ibu (AKI) yang merujuk pada jumlah kematian perempuan pada saat hamil atau setidaknya 42 hari setelah berakhirnya kehamilan per 100.000 kelahiran hidup merupakan indikator penting dari kualitas pelayanan kesehatan, terutama kesehatan umum, pendidikan dan pelayanan pemeriksaan kehamilan dan melahirkan. Sementara itu, AKB yang mengungkapkan jumlah kematian bayi berusia di bawah satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu, merupakan indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat di suatu tempat/negara. Adapun Angka Beban Penyakit (DALY) atau Morbiditas merupakan kondisi seorang individu yang mengalami sakit atau keluhan kesehatan sehingga terganggu aktivitas sehari-harinya atau tidak mampu melakukan kegiatan produktif dan kegiatan normal sebagaimana biasanya. Angka Beban Penyakit atau Morbiditas tersebut, sering dikaitkan dengan Mortalitas atau Angka Kematian, yaitu jumlah kematian rata-rata penduduk suatu daerah pada kurun waktu tertentu, yang diakibatkan oleh penyakit tertentu atau kematian alami.

1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Data terkait perkembangan Angka Kematian Bayi atau *Infant Mortality Rate* (IMR) di Indonesia antara tahun 2000 hingga 2020 disajikan dalam Grafik 6.1. Selain itu, disajikan pula variasi dari Angka Kematian Bayi tersebut di lima regional Indonesia. Kelima regional tersebut adalah:

- Regional 1 meliputi Provinsi Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur;
- Regional 2 meliputi Provinsi Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Bali, dan Nusa Tenggara Barat;
- Regional 3 meliputi Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan dan Gorontalo;
- Regional 4 meliputi Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara dan Kalimantan Tengah; dan
- Regional 5 meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.



	2000	2010	2020
		IMR	
Regional 1	44,17	20,83	12,49
Regional 2	54,5	28,17	17,07
Regional 3	52,18	33,00	20,48
Regional 4	52,67	26	16,83
Regional 5	62,50	34,40	31,87

Grafik 6.1: Angka Kematian Bayi (AKB) dari tahun 2000 hingga 2020. Sumber: Data Badan Pusat Statistik (1970 - 2020)

Sebagaimana disajikan dalam Grafik 6.1, masing-masing regional menunjukkan adanya penurunan AKB, yang menandakan perbaikan dalam pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak selama dua dekade terakhir. Namun demikian, meskipun terjadi penurunan terdapat perbedaan signifikan dalam tingkat AKB di antara kelima regional tersebut.

Selama periode 2000 hingga 2020, AKB di Regional 1 mengalami penurunan yang cukup tajam dari 44,17 di tahun 2000 menjadi 12,49 pada tahun 2020. Penurunan ini merupakan capaian tertinggi dibandingkan regional-regional lainnya, sekaligus menunjukan bahwa peningkatan secara berkelanjutan kualitas pelayanan kesehatan Ibu dan Anak di kawasan ini. Capaian yang mengesankan juga ditunjukan oleh Regional 2, dimana AKB-nya menurun cukup drastis dari 54,5 pada tahun 2000 menjadi 17,07 pada tahun 2020. Hanya saja, walaupun berhasil menurunkan AKB hampir tiga kali lipat, AKB Regional 2 pada tahun 2020 masih lebih tinggi dibandingkan AKB Regional 1 dan Regional 4. Penurunan AKB juga ditunjukan oleh Regional 3, dari 52,18 di tahun 2000 menjadi 20,48 pada tahun 2020. Namun, meskipun sudah terjadi penurunan, AKB di Regional 3 pada tahun 2020 tetap berada di tingkat yang lebih tinggi dibandingkan regional lainnya, kecuali Regional 5. Ini menunjukkan bahwa upaya penurunan AKB di Regional 3 perlu lebih dioptimalkan agar dapat mencapai hasil yang lebih baik.

Sementara itu, AKB di Regional 4 juga mengalami penurunan yang signifikan dari 52,67 di tahun 2000 menjadi 16,38 di tahun 2020. Capaian penurunan AKB di Regional 4 ini relatif lebih baik dibandingkan dengan AKB di Regional 3 dan 5. Ini menunjukan adanya perbaikan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak di wilayah ini selama periode 2000-2020. Tren penurunan AKB selama periode 2000-2020 juga ditunjukan oleh Regional 5. AKB di Regional 5 tercatat sebesar 62,5 pada tahun 2020 - ini tertinggi di Indonesia, dan turun menjadi 31,87 pada tahun 2020. Meskipun terjadi penurunan, angka ini tetap menjadi AKB tertinggi di antara semua Regional, sehingga bisa disimpulkan bahwa Regional 5 masih menghadapi tantangan besar dalam menurunkan AKB dan pelayanan kesehatan ibu dan anak perlu terus ditingkatkan.

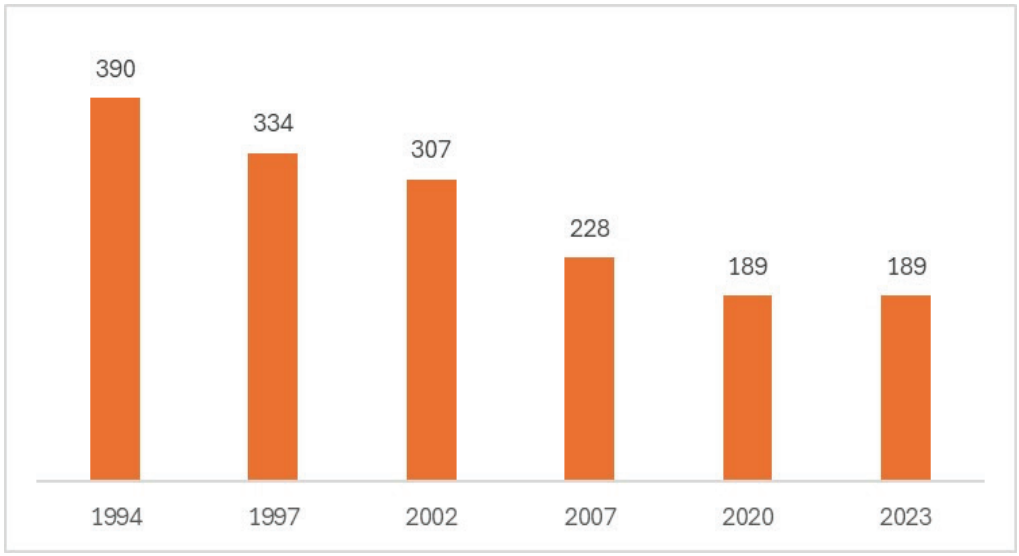
Dengan demikian, secara keseluruhan semua regional menunjukkan penurunan AKB selama periode 2000-2020, yang menyiratkan adanya perbaikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia, sejak diberlakukannya desentralisasi daerah. Meski demikian, keberhasilan itu belum diwujudkan secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Regional 3 dan Regional 5, misalnya, masih mencatat AKB yang relatif tinggi pada tahun 2020, yaitu masing-masing 20,48 dan 31,87. Ini menunjukkan bahwa meskipun sudah ada upaya signifikan dalam penurunan AKB, kedua regional ini membutuhkan perhatian lebih besar, terutama dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk mencapai AKB yang lebih rendah dan setara dengan regional lainnya.

2. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator penting lain untuk menilai derajat kesehatan masyarakat. AKI umumnya digunakan untuk memantau kematian perempuan usia produktif, yang disebabkan oleh proses kehamilan dan persalinan. AKI memiliki kaitan yang sangat erat dengan AKB, karena keduanya berkaitan dengan status dan kualitas kesehatan secara umum, tingkat pendidikan dan literasi kesehatan masyarakat, dan kualitas akses terhadap pelayanan selama kelahiran hingga melahirkan, dan pemeliharaan kesehatan ibu dan bayi pasca persalinan.

Meskipun AKI memiliki makna penting dan strategis, untuk mengukur capaian dan untuk perencanan pembangunan kesehatan nasional, statistik dan informasi kuantitatif terkait AKI di Indonesia relatif terbatas. Data terkait perkembangan AKI sejak periode desentralisasi kesehatan hingga tahun 2023 hanya tersedia untuk tingkat nasional. Grafik 6.2 menyajikan perkembangan AKI di sepanjang periode tersebut.

Grafik 6.2 ini menunjukkan tren Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia dari



Grafik 6.2: Angka Kematian Ibu (AKI) Nasional Tahun 1994 hingga 2023. Sumber: BPS Profil Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2010 dan Data Long Form SP2020

tahun 1994 hingga 2023. Secara umum, AKI di Indonesia telah menurun secara bertahap dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994 menjadi 189 pada tahun 2020. Penurunan signifikan terlihat pada periode 1994 hingga 2007, dengan angka menurun hampir setiap lima tahun. Namun, sejak 2020 hingga 2023 terlihat adanya stagnasi di mana AKI tetap berada di angka 189. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun Indonesia telah berhasil mengurangi AKI secara keseluruhan, masih ada tantangan untuk mencapai penurunan lebih lanjut dalam periode terbaru. Stagnasi ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti akses layanan kesehatan yang belum merata, tantangan geografis, keterbatasan infrastruktur, serta kurangnya sumber daya di beberapa wilayah.

Data persebaran Angka Kematian Ibu (AKI) lebih lengkap yang menyajikan variasi AKI per provinsi hanya tersedia untuk tahun 2020, sebagaimana disajikan dalam Grafik 6.3. Data-data dalam grafik tersebut menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu memiliki variasi antar provinsi yang cukup tinggi, dengan beberapa provinsi menunjukkan angka yang jauh lebih tinggi dibandingkan provinsi lainnya. Provinsi Papua memiliki angka kematian ibu tertinggi, mencapai lebih dari 500 kasus, diikuti oleh Nusa Tenggara Timur yang juga menunjukkan angka yang signifikan di atas 300 kasus. Provinsi lain seperti Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, dan beberapa wilayah di Sulawesi juga mencatat angka kematian ibu yang relatif tinggi dibandingkan rata-rata nasional. Sementara itu,



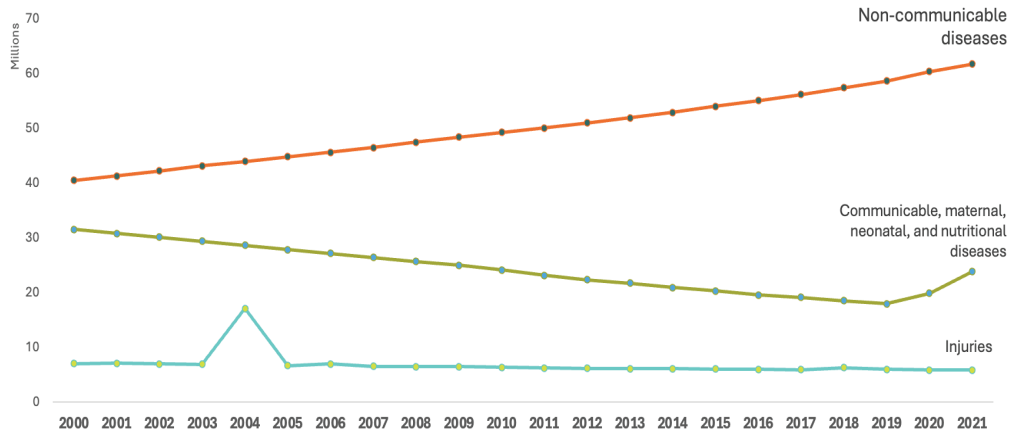
Grafik 6.3: Angka Kematian Ibu (AKI) Per Provinsi Tahun 2020. Sumber: BPS, Hasil Long Form SP 2020 Menurut Provinsi Tahun 2020

beberapa provinsi seperti DI Yogyakarta dan Bali memiliki angka kematian ibu yang jauh lebih rendah, bahkan di bawah 50 kasus.

Kondisi tersebut menunjukkan adanya ketimpangan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan ibu di berbagai wilayah. Provinsi dengan angka kematian ibu yang tinggi seringkali dihadapkan pada tantangan geografis, akses terhadap fasilitas kesehatan yang terbatas, serta masalah infrastruktur dan ketersediaan tenaga kesehatan. Untuk melanjutkan upaya penurunan AKI, diperlukan intervensi strategis dan peningkatan kualitas layanan kesehatan yang lebih merata di seluruh Indonesia.

3. Angka Beban Penyakit DALY (Morbiditas)

Grafik 6.4 di bawah ini menunjukan perkembangan beban penyakit atau morbiditas, yang dikategorikan menjadi tiga kelompok utama, yaitu penyakit tidak menular (*Non-communicable diseases*), penyakit menular, maternal, neonatal, dan gizi (*Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases*), dan cedera (*Injuries*), yang dialami masyarakat Indonesia sejak tahun 2000 hingga 2021. Secara umum, data pada grafik 6.4 menunjukan tren peningkatan yang stabil untuk ketiga kategori penyakit tersebut. Untuk kategori penyakit pertama, yaitu Penyakit Tidak Menular (*Non-communicable diseases*), yang ditunjukan melalui



Grafik 6.4: Angka Beban Penyakit (DALY - Morbiditas) Tahun 2000-2021. Sumber: DALY -- IHME, https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

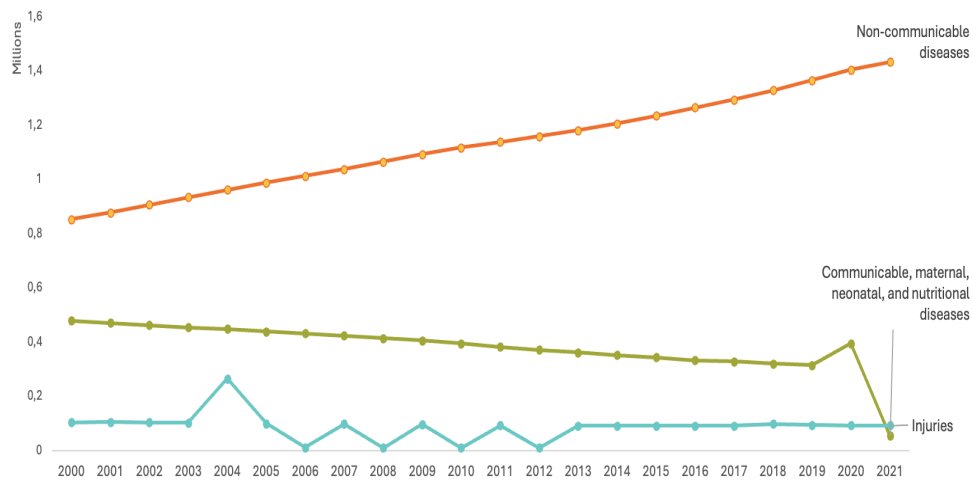
garis oranye, data pada grafik 6.4 menunjukkan peningkatan yang konsisten dan signifikan, dari sekitar 40 juta DALY pada tahun 2000 menjadi lebih dari 50 juta pada tahun 2021. Peningkatan ini mencerminkan pertumbuhan penderita penyakit kronis dalam masyarakat Indonesia. Ini mencakup penyakit diabetes, penyakit kardiovaskular, kanker, dan penyakit pernapasan yang menjadi masalah kesehatan utama seiring dengan perubahan pola hidup masyarakat dan penuaan populasi penduduk Indonesia.

Sementara itu, untuk kategori Penyakit Menular, Maternal, Neonatal, dan Gizi (*Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases*), yang ditunjukan melalui garis hijau, data Grafik 6.4 menunjukan adanya tren yang menurun secara bertahap. Pada tahun 2000 tercatat lebih dari 30 juta penduduk menderita penyakit ini, menurun menjadi kurang dari 20 juta penderita di tahun 2018. Namun demikian, terjadi sedikit peningkatan kembali setelah tahun 2019 ke angka 25 jutaan. Besar kemungkinan hal ini dipengaruhi oleh pandemi COVID-19 yang merebak sejak tahun 2020, yang berdampak besar pada kesehatan global. Adapun tentang penyakit kategori ketiga yaitu Cedera (*Injuries*), yang ditunjukan oleh garis biru muda, data dalam Grafik 6.4 menunjukan tren yang stabil di sepanjang periode 2000 hingga 2021. Sedikit fluktuasi terjadi pada tahun 2004 yang bisa jadi disebabkan oleh terjadinya peristiwa besar seperti bencana alam atau kecelakaan massal. Secara keseluruhan, cedera menyumbang beban DALY

yang jauh lebih rendah dibandingkan dua kelompok penyakit lainnya. Dengan demikian, secara umum, Grafik 6.4 ini menggambarkan transisi epidemiologi, di mana penyakit tidak menular menjadi tantangan kesehatan terbesar, sementara penyakit menular cenderung menurun tetapi tetap menjadi ancaman, terutama pada periode krisis kesehatan seperti pandemi.

4. Angka Kematian (Mortalitas)

Angka Kematian (Mortalitas) selama periode 2000 hingga 2021- untuk tiga kategori penyakit yang sama, menunjukan tren yang tidak jauh berbeda dengan Angka Beban Penyakit (Morbiditas). Data perkembangan Angka Kematian untuk periode dimaksud disajikan dalam Grafik 6.5. Data-data dalam grafik tersebut menunjukkan tren angka kematian berdasarkan tiga kelompok penyebab utama dari tahun 2000 hingga 2021. Penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*) tampak mengalami peningkatan setiap tahunnya, dengan angka kematian yang terus naik hingga mencapai lebih dari 1,4 juta pada tahun 2021. Sebaliknya, penyakit menular, maternal, neonatal, dan penyakit terkait gizi (*communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases*) menunjukkan tren yang menurun secara bertahap selama periode ini, meskipun ada sedikit peningkatan di tahun 2019. Kelompok penyebab ketiga, yaitu cedera (*injuries*), cenderung stabil dengan fluktuasi kecil, namun menunjukkan penurunan tajam pada tahun 2021.



Grafik 6.5: Angka Kematian (Mortality) Tahun 2000-2021. Sumber: DALY -- IHME, https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Data-data dalam Grafik 6.5 ini mengindikasikan bahwa penyakit tidak menular menjadi penyebab kematian yang dominan. Sementara itu, penurunan Angka Kematian akibat penyakit menular dan cedera di tahun-tahun terakhir bisa jadi disebabkan oleh besarnya intervensi program yang dilakukan pemerintah untuk mengurangi akibat dua kategori penyakit tersebut, termasuk penanggulangan pandemi COVID-19 sejak tahun 2020.

B. Tingkat Responsivitas atau Ketanggapan Sistem Kesehatan

Indikator lain untuk mengukur keberhasilan pembangunan sistem kesehatan nasional adalah sejauh mana sistem kesehatan mampu meningkatkan responsivitas atau ketanggapan-nya terhadap kebutuhan masyarakat. Untuk tujuan tersebut, penelitian ini menggunakan data dan informasi kuantitatif dan kualitatif terkait persebaran rumah sakit rujukan untuk penanganan pasien terdampak selama Pandemi COVID-19. Selain itu, juga dilihat besaran anggaran sektor kesehatan, serta peningkatan infrastruktur pelayanan kesehatan primer dan rujukan.

Secara teoritis, setiap rumah sakit harus memiliki unit atau prosedur baku yang khusus dirancang untuk menjawab kondisi luar biasa yang muncul akibat bencana alam atau bencana non-alam. Unit yang dimaksud sering disebut sebagai *Hospital Disaster Plan* (HDP) atau Rencana Rumah Sakit untuk menghadapi Bencana. Dalam kaitan inilah, secara umum dapat dikatakan bahwa tidak semua rumah sakit di Indonesia telah memiliki HDP. Selain itu, perubahan jenis bencana, dari bencana alam ke bencana non-alam ternyata menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit, terutama yang belum memiliki tim Hospital Disaster Plan (HDP). Banyak rumah sakit kesulitan menyesuaikan struktur kelembagaan dan manajemennya yang pada awalnya dirancang untuk menangani bencana alam ketika dihadapkan pada bencana non-alam seperti pandemi COVID-19. Sebagai contoh, ketika menghadapi bencana alam seperti gempa bumi, ketua operasionalnya adalah dokter bedah, yang memiliki keahlian untuk menangani banyaknya kasus trauma. Namun, dalam kondisi pandemi, peran ini dialihkan ke dokter penyakit dalam atau paru yang secara profesional lebih sesuai untuk penanganan infeksi. Di masa normal, pelatihan rutin dilakukan untuk rumah sakit, puskesmas, dan dinas kesehatan guna mempersiapkan rencana kontingensi dan disaster plan yang siap digunakan saat darurat.

Meskipun sebagian rumah sakit telah memiliki tim khusus penanggulangan bencana, saat pandemi terjadi banyak dari mereka tetap mengalami

keterkejutan dan kesulitan untuk beradaptasi dan bereaksi dengan cepat. Hal ini mengakibatkan terjadinya 'kegagapan' dalam merespons kondisi pandemi tersebut. Rumah sakit memang tetap beroperasi, tetapi menunjukan kekakuan dalam beradaptasi dengan situasi darurat yang berbeda tersebut. Beberapa pihak menunjukkan sikap penyangkalan terhadap kondisi ini. Namun kenyataan menunjukan bahwa sekitar 120 rumah sakit mengalami masalah serupa, sehingga membuktikan adanya kesenjangan dalam kesiapsiagaan mereka, meskipun konsep multi hazard telah disampaikan selama pelatihan sejak lama. Hingga tahun 2019, kesiapsiagaan bencana seringkali hanya dipercayakan pada satu atau dua orang, sehingga belum mencapai kesiapan penuh secara sistemik.

Tabel 6.1 menunjukan data proksi terkait responsivitas rumah sakit di seluruh Indonesia, ketika terjadi Pandemi COVID-19. Semakin banyak jumlah rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan penangan pasien COVID-19 dari jumlah rumah sakit yang ada di wilayah tersebut, maka bisa diasumsikan semakin tinggi anggaran untuk peningkatan kuantitas dan kualitas rumah sakit dan SDM yang dimilikinya, dan itu juga menunjukan tingkat responsivitas sistem dan infrastruktur kesehatan lokal terhadap kondisi darurat akibat bencana non-alam, utamanya pandemi.

Tabel 6.1: Daftar Rumah Sakit Rujukan COVID-19

No.	Provinsi	Jumlah Rumah Sakit Pada Tahun 2020	Jumlah Rumah Sakit Rujukan COVID-19
1.	Aceh	70	2
2.	Sumatera Utara	222	5
3.	Sumatera Barat	79	2
4.	Riau	73	3
5.	Kepulauan Riau	36	4
6.	Jambi	42	1
7.	Sumatera Selatan	87	5
8.	Bangka Belitung	25	2
9.	Bengkulu	25	3
10.	Lampung	80	4
11.	DKI Jakarta	193	8
12.	Jawa Barat	377	8
13.	Banten	120	2
14.	Jawa Tengah	319	6
15.	DI Yogyakarta	85	3

16.	Jawa Timur	395	11
17.	Bali	72	4
18.	Nusa Tenggara Barat	39	4
19.	Nusa Tenggara Timur	54	3
20.	Kalimantan Barat	55	4
21.	Kalimantan Tengah	28	3
22.	Kalimantan Selatan	47	2
23.	Kalimantan Timur	57	5
24.	Kalimantan Utara	11	2
25.	Gorontalo	16	1
26.	Sulawesi Utara	51	4
27.	Sulawesi Barat	13	1
28.	Sulawesi Tengah	40	5
29.	Sulawesi Selatan	116	7
30.	Sulawesi Tenggara	37	1
31.	Maluku	33	3
32.	Maluku Utara	21	1
33.	Papua	47	3
34.	Papua Barat	20	2

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2020 dan Arsip Nasional Republik Indonesia, Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022, No. 17.

Data di Tabel 6.1 yang berasal dari tahun 2020 menunjukan bahwa ketika pandemi COVID-19 terjadi, tidak semua rumah sakit di Indonesia memiliki kesiapan baik infrastruktur maupun SDM untuk bisa menangani pasien yang terdampak pandemi ini. Jumlah rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan masih sangat terbatas. Di seluruh provinsi yang ada di Pulau Jawa misalnya, walaupun terdapat 1489 rumah sakit, hanya 38 rumah sakit yang menjadi rujukan penanganan pasien COVID-19. Sementara di luar Jawa, jumlah rata-rata rumah sakit rujukan COVID-19 di setiap provinsi berkisar antara 3-2 rumah sakit saja. Meskipun, penunjukan rumah sakit rujukan ini juga didasarkan pada pertimbangan sentralisasi dan efektivitas penanggulangan pasien COVID-19, tetap saja data tersebut menyiratkan adanya ketimpangan kualitas rumah sakit beserta infrastruktur dan SDMnya di Indonesia, sehingga mempengaruhi kecepatan dan kesiapsiagaan dalam merespon kondisi yang luar biasa atau darurat.

Pandemi COVID-19 memang menjadi semacam *reality check,* yang bisa dimanfaatkan untuk mendorong terjadinya perubahan signifikan dalam ketanggapan rumah sakit terhadap kebutuhan masyarakat. Utamanya adalah hadirnya Undang-Undang Kesehatan No. 17 tahun 2023, yang secara lebih rinci

mengakomodasi krisis kesehatan dengan penekanan pada kata-kata kunci terkait bencana dan krisis, sehingga meningkatkan kesiapsiagaan rumah sakit di masa mendatang.

C. Proteksi Terhadap Resiko Sosial dan Keuangan

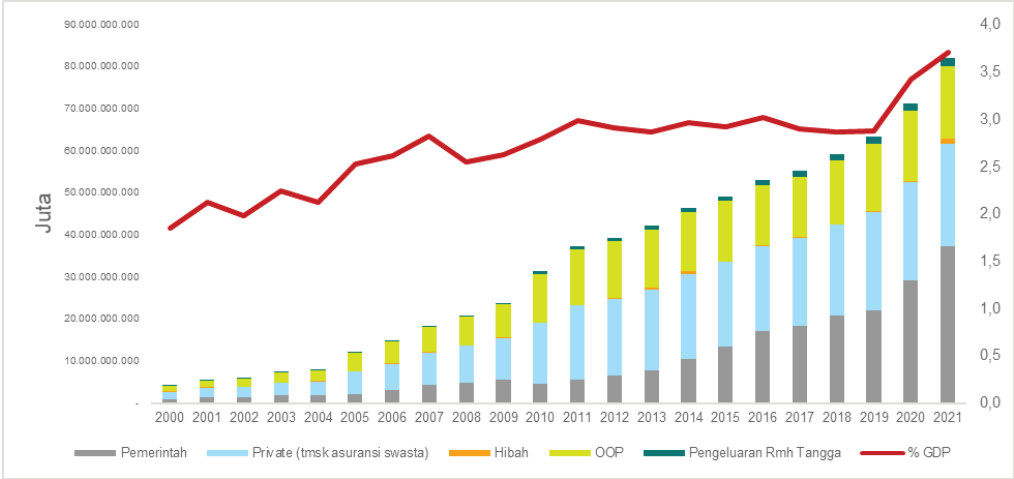
Skema pembiayaan kesehatan di Indonesia mengalami transformasi signifikan dalam dua dekade terakhir, sebagaimana tersaji dalam Grafik 6.6. Secara umum, sejak diberlakukannya desentralisasi kesehatan, pembiayaan kesehatan mengalami kenaikan cukup signifikan. Dari tahun 2000 hingga 2021, total pembiayaan kesehatan sebagai persentase dari PDB meningkat hampir dua kali lipat, dari 1,9% menjadi 3,7%. Peningkatan ini mencerminkan komitmen yang semakin besar dari pemerintah Indonesia dan berbagai pihak serta pemangku kepentingan untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Dari sisi sumbernya, pembiayaan kesehatan di Indonesia menunjukkan perkembangan yang menarik. Kontribusi pemerintah pusat maupun daerah melalui alokasi anggaran APBN/APBD mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dari sekitar 8 triliun rupiah pada tahun 2000 menjadi lebih dari 373 triliun rupiah pada tahun 2021. Ini menunjukkan *political will* dan keseriusan pemerintah yang semakin besar dalam menjalankan perannya sebagai penyedia jaminan kesehatan masyarakat. Hal ini, tetap diimbangi oleh pihak swasta yang tetap memainkan peran signifikan dalam menyediakan jaminan kesehatan, meskipun proporsinya relatif menurun dari 67,4% pada tahun 2000 menjadi 38,5% pada tahun 2021.

Menariknya, pada periode yang sama pembiayan kesehatan secara mandiri atau pengeluaran langsung dari kantong masyarakat (*out-of-pocket*) masih memegang peranan penting dalam pembiayaan kesehatan Indonesia. Meskipun proporsinya menurun dari 45,2% pada tahun 2000 menjadi 27,5% pada tahun 2021. Meskipun BPJS mengklaim cakupan kepesertaan JKN telah mencapai 90,3% penduduk Indonesia per Maret 2023, namun angka OOP masih cukup tinggi. WHO telah merekomendasikan bahwa idealnya angka OOP dapat ditekan hingga 15% dari total pembiayaan kesehatan. Hal ini, untuk menghindarkan rumah tangga untuk terkena dampak finansial dari pembayaran kesehatan katastropik.[1]

Sementara itu, kesadaran masyarakat akan pentingnya memiliki perlindungan kesehatan juga mengalami pertumbuhan dari sisi valuasi, sekitar 12,9%. Meskipun kontribusinya masih relatif kecil yaitu hanya sekitar 3%, namun cukup membantu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Selain itu,

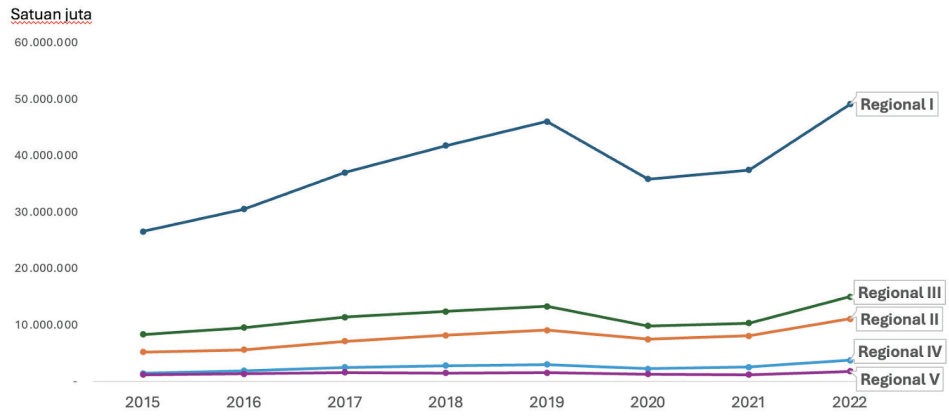
1 https://academic.oup.com/heapol/article/29/2/217/640687



Grafik 6.6: Jenis-jenis Pembiayaan Kesehatan tahun 2000-2021. Sumber: Global Health Expenditure Database WHO, 2000 - 2021

terdapat juga skema pembiayaan kesehatan dari bantuan luar negeri (hibah), yang juga terus meningkat hingga mencapai puncaknya pada tahun 2021 ketika nilainya mencapai lebih dari 12 triliun rupiah, sebagai bagian dari skema bantuan untuk merespon Pandemi COVID-19. Angka hibah ini masih menjadi pilihan sumber pembiayaan kesehatan yang strategis bagi Indonesia, sekalipun sustainabilitasnya tidak bisa dipastikan dan selalu dapat dipertanyakan.

Walaupun skema pembiayaan kesehatan sejak tahun 2000 mengalami peningkatan signifikan, persebaran aksesnya di seluruh Indonesia cenderung tidak merata dan berbeda antara wilayah satu dan lainnya. Grafik 6.7 menunjukan perkembangan dan penyimpangan regional biaya klaim BPJS untuk penyakit umum dan dari tahun 2015 hingga 2022. Data dalam grafik tersebut menunjukkan bahwa biaya klaim BPJS untuk penyakit umum selama periode dimaksud di Regional I sangat menonjol dibandingkan regional lainnya. Biaya klaim tertinggi terjadi pada tahun 2019 yang mencapai kisaran 43 Triliun Rupiah, sedikit menurun pada tahun-tahun 2020 dan 2021 menjadi sekitar 34 Triliun Rupiah, kemungkinan besar karena adanya skema tanggap darurat Pandemi COVID-19, dan naik kembali pada 2022 menjadi 45 Triliun Rupiah. Sementara itu, untuk Regional II dan III data di Grafik 6.7 menunjukan total biaya klaim jauh lebih rendah lebih rendah namun tetap menunjukkan tren peningkatan. Adapun data untuk Regional IV dan V menunjukan total biaya klaim paling rendah dengan pertumbuhan yang relatif datar selama periode 2015-2022.



Grafik 6.7: Biaya Klaim BPJS Untuk Penyakit Umum, tahun 2015-2022. Sumber: BPJS Kesehatan, Data Sampel 2015-2022

Data-data tersebut menunjukan adanya ketimpangan dalam jumlah rumah sakit dan biaya klaim BPJS antar regional selama periode dikaji. Hal ini sekaligus menunjukkan adanya disparitas akses pelayanan kesehatan. Regional I, dengan jumlah rumah sakit dan biaya klaim tertinggi, mencerminkan infrastruktur kesehatan yang lebih baik dan akses yang lebih mudah bagi masyarakatnya. Sementara itu, Regional IV dan V menghadapi tantangan besar dalam meningkatkan infrastruktur dan akses layanan kesehatan yang memadai.

Sejumlah faktor berperan dalam menciptakan kondisi disparitas tersebut. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah faktor sumber daya ekonomi dan finansial, infrastruktur, dan kebijakan pemerintah. Daerah dengan sumber daya ekonomi lebih kuat cenderung memiliki infrastruktur dan fasilitas kesehatan yang lebih baik. Ketimpangan dalam distribusi anggaran kesehatan karena masih lemahnya prioritas kebijakan pemerintah daerah - khususnya pasca kebijakan desentralisasi - memperburuk ketimpangan ini. Untuk mengatasi masalah tersebut, diperlukan strategi pemerataan dan penguatan anggaran kesehatan di daerah, pengembangan infrastruktur di daerah tertinggal, kemitraan antara sektor swasta dan pemerintah untuk meningkatkan fasilitas kesehatan, serta program kesehatan khusus di daerah terpencil guna memastikan seluruh masyarakat mendapatkan akses layanan kesehatan yang setara dan berkualitas.

D. Peningkatan Efisiensi Sistem Kesehatan

Untuk mengetahui peningkatan efisiensi sistem kesehatan nasional pasca

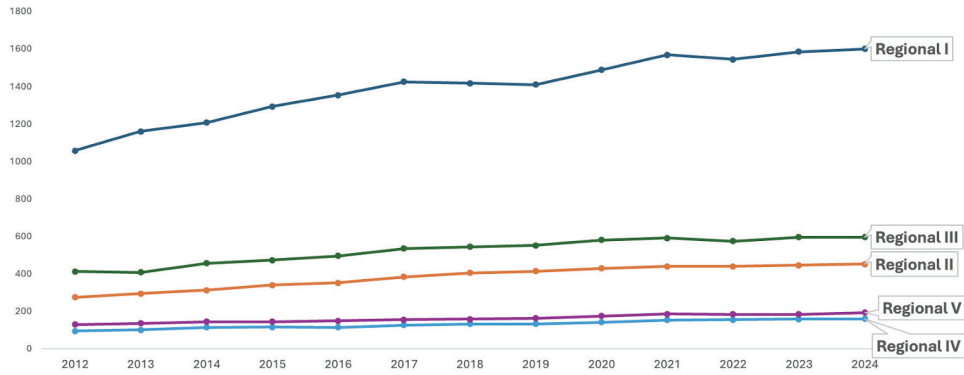
diberlakukannya kebijakan desentralisasi kesehatan penelitian ini menggunakan data persebaran SDM kesehatan, rumah sakit, farmasi dan alat kesehatan, pengembangan sistem informasi kesehatan (SIMRS), dan data kualitatif terkait penyalahgunaan dana kesehatan. Asumsinya adalah bahwa persebaran yang merata dari infrastruktur, lembaga, dan SDM kesehatan serta pemanfaatan secara maksimal teknologi informasi untuk pelayanan kesehatan dan skema pembiayaan akan meningkatkan efisiensi sistem kesehatan secara keseluruhan.

1. Rumah Sakit

Grafik 6.9 menggambarkan pertumbuhan jumlah rumah sakit di lima regional dari tahun 2012 hingga 2024. Regional I yang terdiri dari Banten, DI Yogyakarta, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur mendominasi dengan jumlah rumah sakit tertinggi dengan peningkatan signifikan di tahun 2021. Kemudian diikuti oleh Regional III (Aceh, Bengkulu, Gorontalo, Jambi, Kalimantan Barat, Kepulauan Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, dan Sulawesi Utara) dan II (Bali, Lampung, Nusa Tenggara Barat, Riau, Sumatera Barat, dan Sumatera Selatan) dengan pertumbuhan yang lebih lambat namun stabil. Sementara itu, Regional IV (Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Utara) dan V (Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Selatan, dan Papua Tengah) memiliki jumlah yang jauh lebih rendah dengan pertumbuhan yang hampir mendatar.

Ketimpangan dalam akses layanan kesehatan disebabkan oleh perbedaan ekonomi, infrastruktur, dan kebijakan pemerintah di berbagai wilayah, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi tidak merata. Masyarakat di daerah dengan fasilitas terbatas harus menempuh jarak lebih jauh, memerlukan waktu dan biaya lebih untuk mendapatkan perawatan. Kondisi ekonomi dan infrastruktur yang belum memadai memperburuk situasi ini, mempengaruhi baik pelayanan kesehatan dasar maupun yang lebih kompleks. Hal ini tidak hanya menyulitkan masyarakat dalam mendapatkan perawatan yang memadai tetapi juga memperburuk kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan kebijakan yang lebih inklusif serta peningkatan sarana dan prasarana di sektor kesehatan. Perubahan kebijakan menunjukkan bagaimana dinamika politik dan ekonomi dapat mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi ketimpangan ini, diperlukan strategi komprehensif meliputi pemerataan anggaran, pengembangan infrastruktur, kemitraan antara



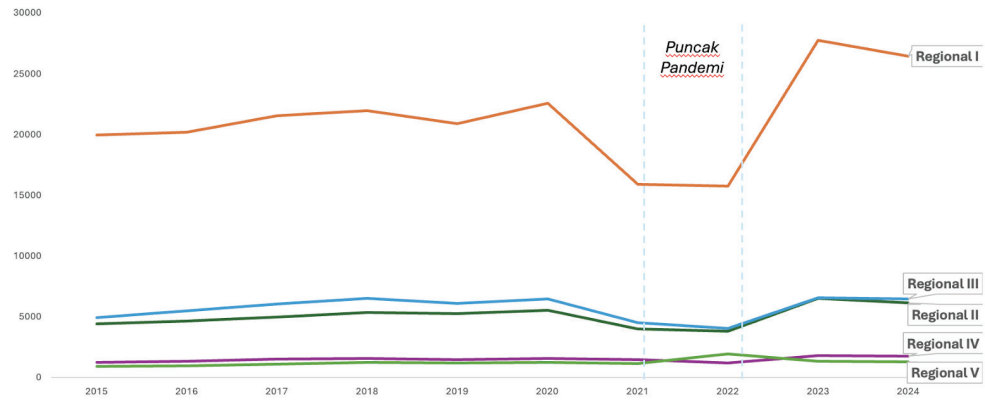
Grafik 6.8: Perkembangan Rumah Sakit Berdasarkan Regional (2012 - 2024). Sumber: Data Kementerian Kesehatan RI, 2012 - 2024

sektor swasta dan pemerintah, serta program kesehatan khusus untuk daerah terpencil agar semua masyarakat dapat menikmati layanan kesehatan yang setara dan berkualitas.

2. Sumber Daya Manusia (SDM)

Persebaran rumah sakit dan infrastruktur kesehatan lainnya, idealnya dilakukan secara bersamaan dengan distribusi tenaga ahli kesehatan, utamanya dokter spesialis, yang merata di seluruh pelosok negeri, untuk bisa memperkuat efisiensi sistem kesehatan nasional di Indonesia. Namun demikian, selama periode 2015 hingga 2024, seperti halnya persebaran rumah sakit, persebaran SDM kesehatan khususnya dokter spesialis menunjukan persebaran regional yang timpang. Grafik 6.9 memberikan gambaran empiris tentang perkembangan distribusi kuantitatif 7 jenis dokter spesialis di lima regional Indonesia selama periode tersebut di atas. Ketujuh dokter spesialis tersebut meliputi dokter spesialis anak, spesialis obgyn, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah, spesialis anestesi, spesialis patologi klinik, dan spesialis radiologi.

Terlihat jelas dalam Grafik 6.9 Regional I, yang ditunjukan oleh garis oranye, memiliki jumlah dokter spesialis yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya. Selama periode 2015 hingga 2020, jumlah total dokter spesialis di regional ini stabil di kisaran 20.000 hingga 25.000. Namun, pada puncak masa pandemi sekitar 2021, terjadi penurunan yang signifikan. Tidak ditemukan



Grafik 6.9: Perkembangan Distribusi Jumlah 7 Jenis Dokter Spesialis tahun 2015-2024. Sumber: Data Kementerian Kesehatan RI 2015 - 2014

informasi yang bisa menjelaskan penurunan ini, tapi melihat konteks waktunya besar kemungkinan ini merupakan dampak dari pandemi COVID-19 terhadap distribusi atau ketersediaan tenaga kesehatan. Setelah pandemi, pada tahun 2022, jumlah dokter spesialis di Regional I meningkat kembali hingga 2024.

Sementara itu, Regional II dan III, yang ditunjukan melalui garis biru dan hijau, menunjukan pola perkembangan yang mirip. Selama periode 2015 hingga 2020, jumlah dokter spesialis di kedua wilayah ini menunjukan tren peningkatan yang lambat namun stabil. Sedikit penurunan terjadi pada tahun-tahun Pandemi COVID-19, namun kembali meningkat di tahun sesudah pandemi dan terus bertambah hingga 2024, melebihi jumlah tingkatan sebelum pandemi, meskipun masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan Regional I.

Tren perkembangan yang lebih buruk terlihat jelas di Regional IV dan V, yang dalam Grafik 6.9 ditunjukan melalui garis ungu dan abu-abu. Kedua wilayah ini memiliki jumlah dokter spesialis yang sangat rendah sepanjang periode 2015 hingga 2024.Selain itu, hampir tidak ada perubahan signifikan dalam jumlah tenaga medis di kedua wilayah ini, sehingga grafiknya terlihat mendatar dengan sedikit fluktuasi.

Dengan demikian, berdasarkan data dalam Grafik 6.9, terjadi ketimpangan distribusi dokter spesialis di Indonesia di sepanjang tahun 2015 hingga 2024. Regional I (yang mencakup kawasan perkotaan besar dan metropolitan di Pulau Jawa) memiliki jumlah dokter spesialis yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Regional II, III, IV dan V. Puncak pandemi COVID-19 sekitar tahun 2021

tampaknya berdampak pada perkembangan jumlah dokter spesialis, terutama di Regional I, tetapi kondisi tersebut membaik setelah pandemi mereda. Ketimpangan persebaran dokter spesialis antara wilayah-wilayah ini tetap menjadi tantangan dan besar bagi Pemerintah Indonesia, terutama dalam upaya meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan untuk memperkuat sistem kesehatan nasional.

3. 'Konflik' Antar Profesi Tenaga Kesehatan

Selain perkembangan infrastruktur kesehatan dan distribusi SDM yang tidak merata sebagaimana dibahas di atas, sejak diberlakukannya kebijakan desentralisasi kesehatan terjadi sejumlah perkembangan baru terkait peran dan posisi profesi kesehatan dokter, perawat dan bidan, dalam sistem kesehatan nasional. Semangat dan euforia reformasi dalam bentuk pengurangan kewenangan negara dan memperluas ruang masyarakat sipil, khususnya organisasi profesi, telah mendorong lahirnya UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, diikuti UU No. 34 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, dan kemudian UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. Ini artinya profesi tenaga kesehatan di Indonesia diatur oleh undang-undang yang berbeda, sehingga menimbulkan potensi ketidakselarasan bahkan konfliktual antara ketiganya.

Keempat undang-undang tersebut menandai era baru dalam pengaturan tenaga kesehatan di Indonesia, dimana organisasi profesi, terutama profesi dokter, memiliki kewenangan lebih besar dibandingkan Departemen Kesehatan, sebagai lembaga teknis utama yang mengatur bidang kesehatan di Indonesia. Organisasi profesi kesehatan di Indonesia adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Khusus untuk IDI, UU No. 29 Tahun 2004 telah memberinya kewenangan yang hampir tak terbatas dalam mengatur pengelolaan pendidikan dokter, pembentukan Konsili Kedokteran Indonesia (KKI) dan pembentukan kolegium kesehatan, termasuk menentukan standar kurikulum kedokteran. Selain itu, IDI juga memperoleh kewenangan khusus dalam proses perizinan praktik dokter, khususnya dalam bentuk pemberian rekomendasi yang merupakan tahap akhir dalam proses perizinan. Sebagaimana dibahas sebelumnya, kewenangan besar IDI tersebut menjadikan lembaga profesi ini seperti 'negara dalam negara', dimana Departemen Kesehatan sendiri tidak mampu untuk mengintervensinya, sehingga berpotensi menimbulkan dampak negatif, termasuk mempengaruhi persebaran dokter spesialis di daerah.

Sementara itu, persoalan terkait tiga undang-undang lainnya tentang

tenaga kesehatan, keperawatan, dan kebidanan adalah adanya tumpang tindih kewenangan, yang tersirat dari sejumlah pasal di undang-undang yang ada, selain juga dari bukti di lapangan. Tumpang tindih tersebut, misalnya terlihat dalam UU 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, UU 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, dan UU 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, yang berpotensi menimbulkan konflik dalam implementasinya.

- Pasal 65 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2014 mewajibkan tenaga kesehatan memiliki izin praktik, namun tidak memberikan penjelasan rinci tentang batasan kewenangan masing-masing profesi. Ketidakjelasan ini menjadi akar permasalahan dalam pembagian tugas dan tanggung jawab di lapangan.
- Pasal 30 ayat (1) UU No. 38 Tahun 2014 memberikan kewenangan yang luas kepada perawat, termasuk melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Frasa "pengkajian keperawatan secara holistik" dan "menetapkan diagnosis keperawatan" berpotensi tumpang tindih dengan kewenangan dokter, mengingat diagnosis medis secara tradisional merupakan domain dokter.
- Pasal 46 ayat (1) UU No. 4 Tahun 2019 memberikan kewenangan kepada bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, anak, reproduksi perempuan, dan keluarga berencana. Frasa "pelayanan kesehatan ibu dan anak" dapat menimbulkan konflik dengan kewenangan dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta dokter anak.

Sementara itu, data dari lapangan menunjukan bahwa 'konflik' tersebut sudah terjadi, karena ketiga UU tersebut memberikan kewenangan yang luas kepada masing-masing profesi tanpa batasan yang jelas. Tidak adanya penjelasan rinci tentang batasan kewenangan dan mekanisme *interprofessional collaboration*. Dokter, secara tradisional merasa memiliki otoritas tertinggi di bidang kesehatan, dan otoritasnya terganggu oleh perawat dan bidan, sehingga mereka khawatir akan terjadi penurunan kualitas. Selain itu, 'konflik' tersebut juga terjadi karena adanya faktor budaya khususnya terkait posisi dokter dalam masyarakat Indonesia. Dalam konteks masyarakat Indonesia, dokter ditempatkan dalam posisi tinggi sebagai pemilik otoritas di bidang kesehatan dibandingkan profesi kesehatan lainnya. Kondisi tersebut berimbas pada dinamika kerja dan kolaborasi antar profesi kesehatan. Selain itu, situasi kultural tersebut juga menyebabkan ketidaksetaraan dalam pengambilan keputusan, dan memicu munculnya resistensi pada regulasi baru. Secara keseluruhan, tumpang tindih

undang-undang, kewenangan, dan relasi kerja antar profesi kesehatan tersebut berdampak negatif terhadap upaya penguatan sistem kesehatan nasional.

4. Farmasi dan Alat Kesehatan

Sejak tahun 2016, Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan kebijakan untuk mendorong penggunaan komponen lokal dalam pengadaan alat kesehatan melalui Instruksi Presiden No. 6/2016. Kebijakan ini semakin diperkuat dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 29/2018 dan Peraturan Menteri Perindustrian No. 31/2022. Presiden, melalui Menteri Koordinator Bidang Kemaritiman dan Investasi, menekankan bahwa pada akhir 2022, setidaknya 40% dari total belanja alat kesehatan harus dialokasikan untuk produk dalam negeri. Selain itu, Pemerintah Indonesia juga telah menerapkan kebijakan substitusi alat kesehatan impor dengan alat kesehatan dalam negeri melalui mekanisme *freeze-unfreeze* pada katalog sektoral Kemenkes sejak Juli 2022.

Pada tanggal 6 Juli 2022, Kementerian Kesehatan RI menerbitkan surat edaran nomor HK.01.07/Menkes/1258/2022 tentang Substitusi Alat Kesehatan Impor dengan Alat Kesehatan Dalam Negeri pada E-Katalog Sektoral Kesehatan. Tujuan utama dari keputusan ini adalah meningkatkan ketahanan kesehatan dan pertumbuhan industri alat kesehatan dalam negeri. Pada tanggal 28 Juli 2022, Kementerian Kesehatan mengundang para anggota GAKESLAB Indonesia, ASPAKI (Asosiasi Produsen Alat Kesehatan Indonesia), AIGMI (Asosiasi Instalasi Gas Medik Indonesia), Gapopin (Gabungan Perusahaan Optik Indonesia), dan para pimpinan pelaku usaha alat kesehatan untuk menghadiri sosialisasi keputusan tersebut. Implementasi substitusi alat kesehatan impor dengan alat kesehatan dalam negeri dilakukan melalui mekanisme pembekuan (*freeze*) dan pembukaan pembekuan (*unfreeze*).

Mekanisme *Freeze* dan *UnFreeze* dalam substitusi alat kesehatan impor dengan alat kesehatan produksi dalam negeri pada E-Katalog Sektoral Kesehatan berfungsi untuk mengatur ketersediaan produk. Mekanisme *Freeze* diterapkan ketika alat kesehatan yang sesuai untuk kebutuhan layanan kesehatan telah diproduksi di dalam negeri, memiliki izin edar, dan kapasitas produksinya mampu memenuhi permintaan dengan spesifikasi yang sesuai. Sementara itu, mekanisme UnFreeze diterapkan pada produk impor jika industri dalam negeri belum mampu memenuhi kebutuhan nasional, baik dari segi kapasitas produksi maupun spesifikasi produk. Ini dibuktikan melalui Dokumen Kebutuhan Alat Kesehatan dan Data Kapasitas Produksi Alat Kesehatan Dalam Negeri.

Dengan mekanisme ini, pemerintah berusaha mendorong penggunaan produk lokal secara maksimal, sambil tetap mengizinkan impor jika kapasitas

domestik belum memadai. Dalam dua tahun terakhir, penggunaan alat kesehatan impor menurun sebesar 18% dari 88% pada tahun 2019-2020 menjadi 70% pada tahun 2021-2022. Hal ini dipengaruhi oleh implementasi transformasi kesehatan pilar ketiga yang dilaksanakan oleh Kemenkes, termasuk kebijakan substitusi impor dan freeze produk alat kesehatan impor di E-Katalog sektoral.

Namun demikian, setelah mekanisme *Freeze* dan *UnFreeze* diterapkan, pada tahun 2022, 90% bahan baku obat masih bergantung pada impor, dan 34,7% produk yang ditampilkan di e-katalog merupakan produk impor. Selain itu, sekitar 70% alat kesehatan yang digunakan masih berasal dari luar negeri (AKL). Kondisi ini mengindikasikan bahwa industri obat dan alat kesehatan di Indonesia belum mampu untuk memenuhi peraturan pemerintah diatas dan tidak cukup tangguh karena masih sangat bergantung pada produksi dan ekspor dari negara lain.

5. Sistem Informasi Kesehatan: Banyaknya Aplikasi yang Tidak Interoperable

Sistem informasi kesehatan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan, termasuk lemahnya pencatatan dan pelaporan data. Salah satu masalah utama adalah kurang lengkapnya data nasional kesehatan, yang disebabkan oleh beberapa faktor:

1. Pencatatan yang Tidak Lengkap: Data yang terintegrasi dan akurat akan membantu efisiensi, mempercepat proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan program kesehatan, namun data yang tercatat sering kali tidak lengkap, inkonsisten, dan tidak efektif. Akurasi data yang rendah menghambat penyusunan kebijakan berbasis bukti (*evidence-based policy*), dan sering kali data yang ada tumpang tindih.
2. Kurangnya Standarisasi: Tidak adanya standarisasi dalam pengumpulan dan pelaporan data kesehatan membuat interoperabilitas sulit dicapai. Ini berpengaruh pada upaya untuk menerapkan prinsip kontinuitas perawatan (*continuum of care*) yang dianjurkan oleh WHO.
3. Fragmentasi Data: Banyak aplikasi yang belum saling terintegrasi, sehingga data kesehatan tidak dapat dapat diakses dengan mudah.

Pada tahun 2022, Menteri Keuangan Sri Mulyani Indrawati mengungkapkan bahwa pemerintah saat itu telah memiliki sekitar 24.000 aplikasi yang tersebar di berbagai kementerian dan lembaga. Namun, aplikasi-aplikasi tersebut tidak berfungsi secara multifungsi dan terintegrasi, yang pada akhirnya menyebabkan pemborosan anggaran negara. Selain itu, setiap kementerian

dan lembaga memiliki sekitar 2.700 basis data masing-masing, sehingga tidak efisiensi. Dua tahun kemudian, Presiden Joko Widodo mengungkapkan bahwa terdapat sekitar 27 ribu aplikasi yang dimiliki oleh berbagai kementerian, lembaga, dan pemerintah daerah. Aplikasi-aplikasi tersebut berjalan secara terpisah tanpa adanya sinkronisasi satu dengan yang lain, menyebabkan fungsi antar-aplikasi saling tumpang tindih dan justru membuat pelayanan publik menjadi lebih rumit. Oleh karenanya, Presiden mempertanyakan bagaimana mungkin pelayanan publik bisa lebih mudah jika ada ribuan aplikasi yang tidak terkoordinasi antara kementerian, lembaga, dan pemerintah daerah. Bahkan, Presiden Jokowi mengatakan bahwa terdapat satu kementerian yang memiliki lebih dari 5.000 aplikasi, yang mengakibatkan kerumitan dalam penggunaannya, meskipun aplikasi tersebut sebenarnya ditujukan untuk pelayanan masyarakat. Presiden juga menyebutkan bahwa Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memiliki 400 aplikasi, meskipun ada kementrian lain yang jumlah aplikasinya lebih banyak. Semua aplikasi tersebut ternyata tingkat interoperabilitasnya belum maksimal.

Sebagai respon atas masalah tersebut, Presiden Jokowi menginstruksikan agar mulai tahun 2024, pemerintah pusat dan daerah berhenti membuat aplikasi baru. Selain tidak efektif, pembuatan aplikasi baru ini juga memerlukan anggaran yang sangat besar. Presiden Jokowi mencontohkan, ada salah satu instansi yang mengajukan anggaran sebesar Rp 6,2 triliun hanya untuk membuat aplikasi baru, yang menurutnya tidak efisien dalam penggunaan anggaran negara. Menurut Jokowi, kondisi ini menciptakan masalah ketika ada aplikasi baru, karena setiap kali perlu diinstal ulang dan data harus dimasukkan kembali, yang membuat sistem semakin ruwet. Oleh karena itu, Presiden menyarankan agar dibuat satu portal aplikasi yang terintegrasi untuk semua layanan publik.

Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah berencana melakukan integrasi data antar instansi atau *intergovernmental connection*. Proses ini akan menyederhanakan seluruh data menjadi satu basis data terpusat, yang diharapkan dapat menghemat biaya operasional pemerintah secara lebih efisien dan efektif. Selain itu, integrasi ini juga diharapkan dapat mengurangi risiko serangan siber karena sistem yang lebih terkoordinasi dan aman. Semua langkah itu bertujuan untuk memastikan semua aplikasi pemerintah dapat saling terhubung dan berfungsi dengan lebih efisien. Namun demikian, sejauh mana rencana tersebut berhasil dilaksanakan, masih perlu ditunggu.

Meskipun inisiatif ini menunjukkan adanya peningkatan dalam efektivitas pengembangan sistem informasi kesehatan, masih ada kendala yang perlu diatasi, yaitu sistem yang berjalan secara terpisah dan kurangnya interoperabilitas

antar wilayah. Hal ini penting untuk diperhatikan, terutama ketika ada situasi khusus yang memerlukan koordinasi antar daerah. Saran yang diajukan adalah perlunya mekanisme yang dapat mengintegrasikan sistem surveilans dan teknologi informasi di atas tingkat kabupaten atau antar provinsi, agar respons terhadap situasi darurat bisa lebih cepat dan efektif. Permasalahan dalam sistem informasi kesehatan di Indonesia, terutama lemahnya pencatatan dan pelaporan data, memerlukan perhatian serius. Dengan meningkatkan interoperabilitas aplikasi dan standarisasi pengumpulan data, sistem informasi kesehatan dapat berfungsi lebih baik untuk mendukung kebijakan kesehatan yang berbasis bukti dan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

6. Kecurangan di Sektor Kesehatan (*Health Sector Fraud*)

Faktor lain yang juga menghambat dan melemahkan upaya peningkatan efisiensi sistem kesehatan nasional adalah tingginya tingkat kecurangan dan/atau praktek korupsi dalam pembiayaan kesehatan hingga penyediaan obat-obatan dan alat-alat kesehatan. Kondisi ini sudah mulai terlihat sejak awal penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan dan berlanjut hingga saat kajian ini dilakukan. Oleh karena itulah, Menteri Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 yang mengamanatkan pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan pusat. Peraturan ini juga menetapkan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi berupa teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan beserta sanksi tambahan berupa denda dan pencabutan izin dengan mempertimbangkan kategori berat ringannya *fraud* tersebut.

Akan tetapi, meskipun setelah berlakunya peraturan ini, kasus *fraud* masih terjadi di Indonesia. Fraud dalam skema jaminan kesehatan nasional di Indonesia terjadi dalam berbagai bentuk, antara lain berupa penagihan untuk layanan yang tidak diberikan, pemeriksaan medis yang tidak perlu dan pengobatan yang berlebihan, penyedia layanan fiktif, *double billing, phantom billing,* fragmentasi kode, *upcoding,* suap, dan *third party fraud*.[2] Beberapa kasus fraud yang terdokumentasi di Indonesia sejak tahun 2016-2021 menunjukkan bahwa

2 https://www.u4.no/publications/tackling-fraud-and-corruption-in-indonesias-health-insurance-system.pdf. Lihat pula dalam Tatik Sri Hartati, "Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (SJSK) di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang", Fiat Justisia, Vol. 10, No. 4, October-Desember 2016, hlm 715-731. Diunduh dari https://jurnal.fh.unila.ac.id/index.php/fiat/article/download/808/701#:~:text=Penulisan%20kode%20diagnosis%20yang%20berlebihan,lebih%20tinggi%20dari%20yang%20seharusnya

pelaku fraud meliputi: (1) peserta JKN, dimana peserta menggunakan kartu JKN milik orang lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; (2) penyedia layanan kesehatan, antara lain berupa rujukan yang tidak perlu, perpanjangan masa rawat, manipulasi data, hingga suap; (3) penyedia obat dan alat kesehatan, yang menyediakan obat dan alat kesehatan yang tidak memenuhi standar atau tidak sesuai dengan e-katalog; dan (4) stakeholder lainnya, berupa penggelapan dana iuran BPJS karyawan.[3]

BPJS sendiri telah melakukan kerjasama dengan KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi) dan Kejaksaan Agung untuk melakukan upaya pencegahan dan penindakan. Namun demikian, implementasinya di lapangan masih jauh dari optimal. Selain kerugian finansial, kecurangan-kecurangan tersebut berdampak langsung pada penurunan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, serta tidak optimalnya sistem jaminan kesehatan dalam menyediakan layanan kesehatan. Meski demikian, data-data penurunan mutu layanan kesehatan akibat *fraud* di Indonesia hingga saat ini belum terdokumentasikan dengan baik.[4]

3 https://www.u4.no/publications/tackling-fraud-and-corruption-in-indonesias-health-insurance-system.pdf

4 https://dask.kebijakankesehatanindonesia.net/wp-content/uploads/2021/11/2020-POLICY-BRIEF-Komitmen-Pimpinan-dan-Edukasi-Tim-untuk-Mengoptimalisasi-Penerapan-Regulasi-Anti-Fraud-Program-Jaminan-Kesehatan-Nasional-JKN-Mutu-Provinsi-DIY-Yogyakarta.pdf



Launching Nasional Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan Penguatan Perencanaan Pembangunan Kesehatan pada Agustus 2023, Sumber: Humas Kemenkes RI



Digitalisasi Transformasi Sistem Kesehatan Melalui Aplikasi Satu Sehat, Sumber: Kompas, 4 April 2023

BAB 7
Penutup

Selama 25 tahun sejarah kebijakan kesehatan di Indonesia, sejak terjadinya Reformasi politik pada 1999 hingga masa Pasca COVID-19, dalam teori sejarah telah terjadi berbagai dinamika yang mencakup aspek perubahan, perkembangan, dan keberlanjutan, bahkan pengulangan. Selain itu, selama pada kurun waktu tersebut membuktikan bahwa penerapan kebijakan kesehatan di Indonesia tidaklah berdiri sendiri, melainkan sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti politik, ekonomi, dan hukum. Dalam aspek politik, perubahan rezim di Indonesia dari Orde Baru ke Reformasi telah berdampak sangat mendasar terhadap berbagai perubahan yang terjadi pada kebijakan kesehatan. Dua semangat penting yang gaungkan pada masa awal Reformasi yaitu isu demokratisasi dan otonomi daerah, yang merupakan antitesa terhadap pemerintahan yang dipraktikkan oleh rezim Orde Baru, otoritarianisme dan sentralisasi, diwujudkan salah satunya dengan diterbitkannya UU No. 22 tahun 1999 mengenai pemerintahan daerah. UU ini kemudian direvisi menjadi UU No. 32 Tahun 2004 dan UU No. 23 Tahun 2014. Produk hukum ini kemudian menjadi dasar dalam penerapan desentralisasi kesehatan yang berpengaruh sangat signifikan terhadap berbagai perubahan dalam kebijakan kesehatan di Indonesia. Sebagian kewenangan Pemerintah Pusat harus dilimpahkan kepada Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam menyelenggarakan layanan kesehatan. Dalam implementasinya masih banyak permasalahan yang dihadapi dalam kebijakan ini dan yang terjadi bukanlah otonomi seluas-luasnya melainkan lebih tepat disebut sebagai desentralisasi yang semu.

Pada awal Reformasi, semangat otonomi dan demokratisasi juga dimaknai sebagai *power sharing* antara pemerintah dengan lembaga non-pemerintah sebagai *civil society* atau *non-government organization*. Posisi lembaga ini melakukan kontrol terhadap kekuasaan yang dimiliki oleh pemerintah. Keadaan ini turut

menjiwai penyusunan UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Jika UU No. 22 tahun 1999 (dan revisinya) mengharuskan pemerintah melimpahkan sebagian kewenangannya kepada pemerintah daerah, maka UU No. 29 tahun 2004, menggeser kewenangan pemerintah dalam bidang sumber daya manusia kesehatan kepada *civil society organisation*, dalam hal ini organisasi profesi (ormas). UU No. 29 tahun 2004 menandai telah terjadinya perubahan paradigma dalam pengaturan profesi kedokteran di Indonesia. Pergeseran ini ditandai dengan pemberian wewenang yang lebih besar kepada organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam berbagai aspek, mulai dari pembentukan kolegium, rekomendasi izin praktik, hingga keterlibatan dalam Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Sementara pada sisi yang lain, berbagai fungsi Kemenkes sebagai regulator kebijakan kesehatan di Indonesia, melalui berbagai produk hukum diserahkan ke berbagai lembaga antara lain BPJS, BKKBN, sampai BPOM.

Untuk memudahkan dalam memahami aspek perubahan, perkembangan, dan keberlanjutan kebijakan kesehatan di Indonesia dalam kerangka kerja WHO. Oleh karena itu berikut ini dijelaskan berdasarkan masing-masing bidang kebijakan kesehatan.

Kepemimpinan atau Tata Kelola

Trayektori kebijakan kesehatan di Indonesia selama dua dekade terakhir menunjukkan bahwa pemerintah terus berbenah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat. Sebuah transformasi yang signifikan terjadi ketika awal reformasi, dimana UU No. 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah mengamanatkan sejumlah sektor untuk didesentralisasikan kepada pemerintah daerah, termasuk diantaranya sektor kesehatan. Keberadaan pemerintah daerah dalam tata kelola kesehatan, mendorong munculnya harapan baru bahwa pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah diakses, murah, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang notabene berbeda-beda antara satu daerah dengan yang lainnya. Demokratisasi sektor kesehatan, menjadi tujuan besar yang dibayangkan segera tercapai melalui skema desentralisasi tersebut. Perubahan politik ini memaksa dilakukan restrukturisasi kelembagaan Departemen Kesehatan, pengaturan kewenangan pemerintah daerah dalam layanan kesehatan, hingga pembentukan sejumlah unit untuk mempercepat proses desentralisasi seperti Unit Desentralisasi dan Tenaga Pendamping Desentralisasi. Dalam implementasinya, desentralisasi kesehatan tidak mudah untuk dijalankan karena berbagai tantangan dan hambatan seperti ketidakjelasan pengelolaan biaya, ketidaksiapan fasilitas layanan kesehatan di

daerah, hingga komunikasi yang buruk antara pemerintah pusat dan daerah.

Desentralisasi dan demokratisasi kesehatan terus diupayakan ketika memasuki era baru, yakni era Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2009-2019. Pada periode tersebut, terdapat Undang-Undang No. 36 tahun 2009 dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 yang menekankan hak dan kewajiban tiap-tiap individu dan pemerintah dalam pembangunan kesehatan nasional hingga pembagian wewenang antara pemerintah pusat dan daerah dalam pengelolaan layanan kesehatan. Dari sisi tata kelola, idealnya, skema tersebut memudahkan tercapainya demokratisasi sektor kesehatan, terlebih karena pemerintah kemudian menekankan pentingnya jaminan kesehatan bagi setiap warga negara. Namun lagi-lagi, desentralisasi kesehatan tidak sepenuhnya tercapai karena ketidaksiapan SDM hingga fasilitas layanan kesehatan ditingkat daerah, terutama ketika harus dilakukan peralihan tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan sesuai amanat Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014.

Sektor kesehatan kembali menghadapi tantangan pada tahun 2020-2022 ketika terjadi pandemi COVID-19. Tata kelola dan kepemimpinan sektor kesehatan harus banyak berbenah pada periode ini. Kementerian Kesehatan sebagai 'penanggungjawab' kesehatan masyarakat, memiliki peranan yang sangat penting dalam mengambil tindakan cepat untuk mencegah dan mengendalikan COVID-19. Berbagai inisiatif kepemimpinan dilakukan pada periode ini, mulai dari kolaborasi lintas sektor dengan sesama Kementerian maupun non kementerian untuk menangani pandemi hingga restrukturisasi lembaga dibawah Kementerian Kesehatan. Akhirnya, pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa pada dasarnya, sektor kesehatan merupakan urusan seluruh tatanan pemerintahan dan masyarakat, meskipun Kementerian Kesehatan menjadi penanggung jawab utamanya. Namun, pandemi COVID-19 juga menunjukkan bahwa tata kelola sektor kesehatan masih perlu dibenahi, terutama agar tidak gagap ketika menghadapi krisis kesehatan akibat bencana alam ataupun non alam.

Pelajaran penting tersebut kemudian mendorong Kementerian Kesehatan melakukan transformasi mendasar dan besar-besaran pasca pandemi. Penyusunan RUU Kesehatan yang kemudian disahkan menjadi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, menjadi wujud dari program transformasi tersebut, yang merombak berbagai tatanan pengelolaan sektor kesehatan, seperti sumber daya manusia, pembiayaan, hingga transformasi pelayanan kesehatan yang memprioritaskan layanan promotif dan preventif. Dalam semua urusan tersebut, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab mengatur sektor sejak hulu hingga hilir, sehingga dapat dikatakan bahwa UU Nomor 17 Tahun 2023 telah mendorong sentralisasi kesehatan. Dengan demikian, meskipun desentralisasi kesehatan

dapat dikatakan tidak optimal karena berbagai tantangan manajerial hingga sosiologis, namun transformasi kesehatan pada 2023 membawa harapan baru bagi perbaikan sistem kesehatan Indonesia di masa mendatang.

Pembiayaan Kesehatan

Pada awal Reformasi, kehidupan masyarakat Indonesia mengalami euforia desentralisasi yang mempengaruhi berbagai sektor, termasuk kesehatan. Awalnya, terjadi perubahan mendasar dalam sistem kebijakan kesehatan dengan berbagai inisiatif yang bertujuan untuk menyediakan perlindungan sosial bagi masyarakat. Namun, euforia ini segera menghadapi tantangan dalam implementasi, terutama dalam hal koordinasi dan pemerataan akses layanan kesehatan. Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) mulai diperkenalkan, namun tidak mampu sepenuhnya menyelesaikan masalah akses dan kualitas layanan kesehatan. Reformasi politik dan otonomi daerah yang diusung pada masa itu justru menimbulkan permasalahan baru dalam manajemen kebijakan kesehatan di tingkat lokal.

Dalam penerapan kebijakan pembiayaan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah berusaha untuk mengintegrasikan sistem pembiayaan kesehatan dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang menggunakan sistem single pooling. Meskipun bertujuan untuk meningkatkan akses dan efisiensi, JKN menghadapi banyak masalah, seperti defisit keuangan yang terus meningkat dan adanya praktik fraud yang menggerogoti dana kesehatan. Selain itu, pemerintah juga mencari sumber pembiayaan lain melalui 'sin-tax' atau pajak atas produk-produk yang dianggap berbahaya seperti rokok dan alkohol, yang diharapkan dapat menambah pendanaan untuk sektor kesehatan. Namun, langkah ini tidak cukup untuk mengatasi defisit yang terus membengkak.

Pada masa Pandemi COVID-19, JKN mendapatkan bantuan dari World Bank untuk memperkuat sistem kesehatan. Situasi ini mendorong pemerintah untuk mencari cara baru dalam mengelola anggaran secara efisien dan efektif. Salah satu inisiatif adalah dengan menerapkan Rencana Induk Biaya Kesehatan (RIBK), yang bertujuan untuk mentransformasi sistem pembiayaan kesehatan menjadi lebih terstruktur dan terarah. Dengan RIBK, pemerintah berharap dapat mengatasi masalah defisit dan fraud serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Pasca-COVID, pemerintah meluncurkan berbagai inisiatif untuk menyempurnakan pembiayaan kesehatan. Empat inisiatif utama yang diambil

adalah *Health Technology Assessment* (HTA), penyesuaian tarif tahunan (annual tariff), *National Health Accounts* (NHA), dan konsolidasi pembiayaan. Meskipun demikian, belanja kesehatan Indonesia tetap berada di bawah 5% dari GDP, jauh di bawah rekomendasi WHO. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ada berbagai upaya, tantangan dalam pembiayaan kesehatan masih sangat besar.

Dalam mengisi kesenjangan fiskal dalam pembiayaan kesehatan, pemerintah juga mencari sumber pembiayaan melalui pinjaman asing. Langkah ini diambil untuk mempercepat perwujudan transformasi kesehatan yang diinginkan. Namun, pendanaan dari sumber luar ini juga menimbulkan tantangan tersendiri, terutama dalam hal ketergantungan dan kemampuan untuk memenuhi kewajiban pembayarannya pada masa depan. Indonesia masih berada dalam proses menyesuaikan dan menyempurnakan sistem pembiayaan kesehatannya untuk mencapai tujuan *Universal Health Coverage* (UHC) yang adil dan berkelanjutan.

Sumber Daya Manusia

Sejarah kebijakan kesehatan di Indonesia pasca Reformasi hingga era post-Covid-19 diwarnai dengan berbagai dinamika dalam pengelolaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan. Pada masa awal Reformasi, euforia demokratisasi dan otonomi daerah telah mendorong perubahan signifikan dalam lanskap politik dan sosial, termasuk dalam sektor kesehatan. Undang-Undang Praktik Kedokteran tahun 2004 menjadi titik balik yang menggeser pendulum kewenangan dari pemerintah ke organisasi profesi, khususnya Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Hal ini berdampak pada penguatan peran organisasi profesi dalam pendidikan kedokteran, termasuk pembentukan kolegium yang berada di bawah naungan IDI. Namun, anomali ini justru menimbulkan berbagai permasalahan, seperti konflik antar kolegium dan kurangnya koordinasi dalam pengembangan kompetensi bersama (*shared competencies*) antar profesi kesehatan.

Memasuki era JKN, pemerintah berupaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program-program seperti penempatan dokter di daerah terpencil dan peningkatan jumlah dokter spesialis diterapkan untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan. Namun, upaya ini justru menuai berbagai tantangan, mulai dari distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, hingga permasalahan dalam sistem pendidikan spesialis yang masih belum optimal. Kehadiran Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai lembaga yang bertujuan menjaga mutu praktik kedokteran pun dinilai belum efektif karena adanya dominasi keanggotaan dari organisasi profesi yang berpotensi mengurangi independensi dan kredibilitas KKI.

Ketika pandemi COVID-19 yang melanda dunia, termasuk Indonesia, semakin menguji ketahanan sistem kesehatan nasional, khususnya dalam aspek SDM kesehatan. Tenaga kesehatan berada di garda terdepan dalam menangani lonjakan kasus COVID-19, menghadapi risiko tinggi penularan, serta mengalami tekanan fisik dan mental yang berat. Situasi ini mendesak perlunya transformasi dalam pengelolaan SDM kesehatan, termasuk penguatan sistem pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, serta peningkatan kesejahteraan dan perlindungan bagi tenaga kesehatan.

Memasuki era Post-COVID-19, momentum transformasi dalam pengelolaan SDM kesehatan perlu dimanfaatkan dengan baik. Rekonstruksi kelembagaan, termasuk penataan kembali peran dan fungsi konsil, kolegium, dan majelis, menjadi agenda penting untuk menciptakan tata kelola yang lebih efektif, efisien, dan sinergis. Penguatan sistem pendidikan kedokteran, khususnya pendidikan spesialis, perlu dilakukan dengan meningkatkan kolaborasi antar profesi kesehatan dan menyelaraskan kurikulum dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dinamis. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan juga harus menjadi prioritas, dengan mendorong pengembangan kompetensi tenaga kesehatan secara berkelanjutan dan memperkuat sistem jaminan mutu pelayanan kesehatan. Dengan upaya-upaya transformatif tersebut, diharapkan Indonesia dapat membangun sistem kesehatan yang tangguh, equitable, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat di era Post-COVID-19 dan masa depan.

Pelayanan Kesehatan

Pada pasca reformasi, kebijakan pelayanan kesehatan di Indonesia mengalami transformasi besar dengan penerapan desentralisasi dan konsep paradigma sehat. Dampak dari transisi politik ini adalah munculnya otonomi daerah melalui UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Dengan peraturan ini, wewenang pengelolaan sektor kesehatan mulai dialihkan ke pemerintah daerah. Desentralisasi mengharapkan pemerintah daerah untuk mengelola layanan kesehatan secara mandiri sehingga dapat mendekatkan pelayanan kepada masyarakat.

Pada periode ini, terdapat pergeseran fokus kesehatan yang semulanya kuratif menjadi preventif dan promotif dengan diinisasi program "Indonesia Sehat 2010". Program ini bertujuan untuk mendorong masyarakat menjalani hidup sehat melalui peran dokter keluarga. Pelaksanaan desentralisasi tidak berjalan lancar, karena terdapat perbedaan kesiapan daerah dalam mengelola sumber daya dan infrastruktur masih terbatas. Akibatnya, terdapat kesenjangan

kualitas layanan antar daerah dan pembagian wewenang yang sering tidak jelas antara pusat dan daerah. Selanjutnya pada pasca reformasi, Indonesia menghadapi tantangan dalam penanganan penyakit menular dan tidak menular. Krisis moneter yang terjadi pada tahun 1997 dan puncaknya pada tahun 1998 menyebabkan kasus penyakit menular, seperti kolera dan demam berdarah meningkat. Hal ini mendorong pemerintah untuk mengembangkan Sistem Kewaspadaan Dini pada 2004 guna deteksi dini dan respons cepat terhadap wabah. Di sisi lain, penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung juga meningkat, didorong oleh gaya hidup yang kurang sehat. Pemerintah pun berupaya menyeimbangkan pendekatan promotif dan preventif melalui paradigma sehat yang lebih menyeluruh untuk menghadapi kedua jenis penyakit ini.

Periode 2009 hingga 2019 dalam sejarah kebijakan kesehatan di Indonesia menandai perubahan besar dengan penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Lahir dari amanat konstitusi dan sila kelima Pancasila, JKN bertujuan memberikan akses layanan kesehatan yang terjangkau dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Kebijakan ini didukung oleh berbagai undang-undang seperti UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menegaskan hak setiap warga negara untuk memperoleh layanan kesehatan yang aman, bermutu, dan merata. JKN bertujuan memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang diakui sebagai hak asasi warga negara.

Program-program seperti Jaminan Persalinan (Jampersal), imunisasi, perbaikan gizi, dan promosi kesehatan lingkungan diperkuat untuk mencegah penyakit, khususnya di kalangan masyarakat miskin dan rentan. Selain itu, pengendalian penyakit menular dan tidak menular (seperti diabetes dan jantung) melalui Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dilakukan untuk mengatasi meningkatnya penyakit katastropik akibat perubahan gaya hidup. Namun, implementasi JKN menghadapi banyak tantangan, terutama terkait dengan desentralisasi layanan kesehatan. Meski pemerintah daerah berperan penting dalam mendukung program ini, namun pemerintah tidak memiliki kewenangan penuh atas pengelolaan JKN yang dikendalikan oleh BPJS dan Kementerian Kesehatan. Ketimpangan akses, ketidakmerataan distribusi fasilitas kesehatan, dan defisit anggaran BPJS Kesehatan menjadi masalah yang terus menerus. Pada 2019, BPJS mencatat defisit mencapai Rp 28,5 triliun, yang disebabkan oleh besarnya proporsi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), rendahnya tarif iuran, dan tingginya klaim atas penyakit katastropik seperti

jantung dan diabetes.

Pada masa pandemi COVID-19, Indonesia menghadapi tantangan besar dalam menjaga keberlanjutan sistem kesehatan, termasuk upaya peningkatan kapasitas layanan kesehatan dan perlindungan terhadap layanan esensial. Untuk meningkatkan kapasitas, pemerintah mendirikan fasilitas kesehatan tambahan seperti rumah sakit darurat, termasuk Wisma Atlet, dan memperluas akses di puskesmas serta rumah sakit rujukan. Upaya ini penting untuk mengurangi beban fasilitas kesehatan utama dan memastikan semua pasien, baik COVID-19 maupun non-COVID-19, dapat dilayani. Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer diberdayakan untuk berperan aktif dalam program vaksinasi, pemantauan kasus, serta layanan kesehatan ibu dan anak (KIA), yang sangat penting di masa pandemi untuk mencegah penurunan kualitas kesehatan pada kelompok rentan.

Untuk melindungi layanan esensial, pemerintah memastikan akses terhadap program kesehatan esensial, seperti layanan gizi, imunisasi, dan pengelolaan penyakit kronis yang menjadi prioritas di puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya. Pandemi menyoroti pentingnya kesiapsiagaan dalam menghadapi krisis kesehatan, dan pemerintah belajar pentingnya membangun ketahanan sistem kesehatan secara menyeluruh. Pelajaran penting dari krisis kemanusiaan pada masa COVID-19 mencakup perlunya investasi berkelanjutan pada infrastruktur kesehatan, pelatihan dan penyebaran tenaga kesehatan, serta kolaborasi lintas sektor untuk respons cepat. Pengalaman pandemi juga menekankan pentingnya melindungi layanan esensial selama krisis, seperti imunisasi dan kesehatan ibu dan anak, untuk mencegah krisis kesehatan sekunder. Pandemi COVID-19 menjadi momentum bagi pemerintah untuk memperkuat sistem kesehatan yang lebih tangguh dan berkelanjutan dalam menghadapi tantangan di masa mendatang.

Setelah pandemi COVID-19, Indonesia melakukan reformasi besar dalam sistem kesehatan melalui Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 dan didukung oleh Peraturan Pemerintah (PP) No. 28 Tahun 2024. Kedua regulasi ini disusun untuk memperkuat pelayanan kesehatan dalam berbagai aspek, mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Transformasi kesehatan ini menargetkan peningkatan akses dan kualitas pelayanan dengan pendekatan yang menyeluruh, mencakup pelayanan primer seperti puskesmas dan posyandu, serta memperkuat layanan rujukan. PP No. 28 Tahun 2024 mengatur teknis implementasi Undang-Undang No. 17 Tahun 2023, memberikan dasar hukum bagi program-program yang bertujuan meningkatkan pemerataan pelayanan di seluruh Indonesia, terutama dalam pelayanan primer dan rujukan.

Aspek promotif dan preventif mendapat perhatian khusus dalam PP No. 28 Tahun 2024, dengan prioritas pada program penyakit tidak menular (PTM), penyakit menular (PM), kesehatan ibu dan anak (KIA), serta gizi. Dalam rangka menghadapi meningkatnya penyakit katastropik seperti jantung, diabetes, dan kanker, pemerintah memperkuat layanan promotif untuk mendorong pencegahan dan deteksi dini di tingkat masyarakat. Selain itu, kebijakan pendanaan dalam PP ini dirancang agar lebih efisien dan adil, memastikan ketersediaan anggaran yang mencukupi untuk layanan kesehatan esensial. Layanan kuratif dan rehabilitatif diperkuat di rumah sakit dan fasilitas rujukan untuk meningkatkan penanganan kasus yang membutuhkan perawatan lebih intensif. PP No. 28 Tahun 2024 juga mengatur layanan paliatif, memberi perhatian khusus pada kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau terminal, sebagai bagian dari transformasi kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Produk Kesehatan: Obat dan Alat Kesehatan

Pada masa awal Reformasi, Indonesia mulai memperkuat kebijakan dalam sektor kesehatan dengan fokus pada perbaikan akses dan kualitas pelayanan. Peraturan terkait standar mutu produk kesehatan masih terbatas dan lebih banyak didominasi oleh impor. Pada tahun 2010-an Pemerintah mulai meningkatkan pengawasan produk kesehatan untuk mengurangi ketergantungan impor dan mendorong produksi dalam negeri. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga diluncurkan, sehingga kebutuhan akan produk obat dan alkes berkualitas semakin meningkat. Pengaturan mutu, keamanan, dan efikasi produk kesehatan menjadi lebih ketat, dengan regulasi yang lebih detail untuk produsen lokal.

Peristiwa krisis kemanusiaan pandemi COVID-19 membawa perubahan besar dalam kebijakan kesehatan, yang mendorong peningkatan ketahanan kesehatan dalam negeri. Pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk memperkuat industri farmasi lokal, termasuk mempercepat izin edar produk yang mendukung penanggulangan COVID-19. Adanya kolaborasi antara pemerintah, swasta, dan sektor internasional difokuskan pada pengadaan obat-obatan esensial, alat kesehatan, serta vaksin. Selama pandemi COVID-19, kebijakan kesehatan semakin diperketat. Pemerintah memperkenalkan berbagai kebijakan darurat untuk mengatasi krisis dan menyoroti pentingnya ketahanan nasional, seperti percepatan distribusi obat, penyediaan alat kesehatan, alat pelindung diri (APD) dan produksi vaksin. Sebagai tindak lanjut, pemerintah menargetkan peningkatan kapasitas produksi dalam negeri, termasuk kemitraan dengan perusahaan farmasi asing.

Pasca pandemi COVID-19, pemerintah memperkuat sistem kesehatan

dengan fokus pada kemandirian sektor farmasi dan alkes. Transformasi meliputi pembentukan regulasi untuk mempercepat pengembangan dan distribusi obat serta alkes lokal. Ini juga menekankan digitalisasi sistem kesehatan untuk meningkatkan akses dan kontrol distribusi produk kesehatan di seluruh wilayah. Strategi nasional menekankan pada kemandirian produk kesehatan melalui peningkatan produksi obat dan alat kesehatan lokal, dengan standar internasional untuk menghadapi kemungkinan krisis kesehatan di masa depan.

Secara keseluruhan, kebijakan produk kesehatan di Indonesia telah berkembang dari sekedar pengaturan distribusi menjadi fokus pada produksi lokal dan ketahanan nasional, khususnya sebagai respons atas pandemi global. Ini menunjukkan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Kebijakan yang ada juga berupaya menyeimbangkan antara keamanan, efektivitas, dan keterjangkauan produk obat dan alat kesehatan di masa depan.

Sistem Informasi Kesehatan

Pada masa awal Reformasi, kebijakan sistem informasi kesehatan di Indonesia mengalami perubahan signifikan seiring dengan adanya desentralisasi yang memberikan otonomi lebih besar kepada daerah. Meskipun kebijakan desentralisasi membuka peluang pengembangan sistem informasi kesehatan di tingkat daerah, implementasi yang tidak seragam menimbulkan tantangan dalam integrasi data dan koordinasi antara pusat dan daerah. Sistem informasi kesehatan di era ini masih terfokus pada pengumpulan data dasar dan belum terintegrasi dengan baik.

Penerapan JKN pada tahun 2014 menjadi tonggak penting dalam sistem kesehatan Indonesia. Untuk mendukung layanan kesehatan yang luas melalui JKN, sistem informasi kesehatan mengalami pembaruan. Sistem ini mulai mengintegrasikan data pasien dan layanan medis untuk meningkatkan efisiensi serta pemantauan layanan. Namun, tantangan utama di era JKN adalah ketidakmerataan akses informasi kesehatan di daerah terpencil dan keterbatasan infrastruktur teknologi.

Pandemi COVID-19 mempercepat perkembangan sistem informasi kesehatan di Indonesia. Pemerintah memperkenalkan berbagai aplikasi, seperti PeduliLindungi, untuk melacak kasus dan distribusi vaksin. Teknologi digital digunakan secara masif untuk menangani kasus COVID-19, mengumpulkan data real-time, dan mempercepat akses layanan kesehatan. Meskipun demikian, pandemi juga mengungkapkan kesenjangan digital dan keterbatasan infrastruktur yang mempersulit beberapa daerah dalam pelaporan data yang

akurat. Menyadari kebutuhan sistem informasi kesehatan yang lebih terintegrasi, pemerintah meluncurkan transformasi digital kesehatan. Proses ini melibatkan pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) dan integrasi data di tingkat nasional. Pada tahap ini, teknologi telemedicine dan telehealth juga mulai diperkenalkan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau.

Pasca Pandemi COVID-19, fokus kebijakan kesehatan beralih ke penguatan infrastruktur sistem informasi untuk mengantisipasi krisis kesehatan di masa depan. Pemerintah berupaya untuk memastikan keterhubungan data antar lembaga kesehatan dan mengatasi hambatan infrastruktur di daerah. Selain itu, kebijakan ini juga mendukung penggunaan teknologi informasi dan komunikasi, seperti telekesehatan, untuk memberikan akses layanan kesehatan yang lebih inklusif. Secara keseluruhan, perkembangan kebijakan sistem informasi kesehatan di Indonesia menunjukkan transformasi signifikan, dari yang awalnya desentralisasi hingga integrasi nasional untuk meningkatkan aksesibilitas dan responsivitas layanan kesehatan di seluruh wilayah.

Simpulan Penutup

Kebijakan kesehatan di Indonesia selama 25 tahun terjadi berbagai perubahan dan perkembangan yang mendasar dan berpengaruh signifikan terhadap sistem kesehatan nasional. Pada periode awal Reformasi dan era JKN, sistem kesehatan di Indonesia dapat dikatakan belum baik. Berbagai indikator sistem kesehatan yaitu, 1) status kesehatan masyarakat, 2) tingkat responsivitas atau ketanggapan sistem kesehatan, 3) proteksi terhadap resiko sosial dan keuangan, dan 4) peningkatan efisiensi sistem kesehatan, di Indonesia belum baik, jika dibandingkan dengan Asia Tenggara. Setelah JKN diimplementasikan pada tahun 2014, pelayanan kesehatan justru memburuk karena semakin tidak meratanya penyebaran dokter dan rumah sakit, serta dampak pembayaran melalui INA-CBGs. Hanya penduduk di daerah yang mempunyai rumah sakit dan dokter spesialis yang kompeten, yang dapat memanfaatkan Kartu Indonesia Sehat. Sejak adanya reformasi politik tahun 1999, belum terwujud kebijakan reformasi yang komprehensif di sektor kesehatan. Berbagai peraturan hukum yang mengatur sektor kesehatan masih bersifat parsial dan sepotong-potong. Kemenkes mengalami pelemahan dalam mengkoordinasi dan sinkronisasi kebijakan kesehatan. Hal ini menjadi salah satu sebab mengapa sistem kesehatan Indonesia nyaris lumpuh ketika terjadi pandemi COVID-19.

Pada sisi lain Pandemi COVID-19 memberikan pengalaman sangat berharga untuk memperbaiki sistem kesehatan nasional. Kemenkes melakukan inisiatif

dengan mengembangkan kebijakan transformasi kesehatan ketika Pandemi COVID-19 mereda pada tahun 2022. Untuk memperkuat fondasi hukum dan mengharmonisasikan kebijakan kesehatan kemudian disusun UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan yang bersifat *Omnibus Law*. Kesebelas undang-undang yang terkait dengan kesehatan yang diterbitkan sejak tahun 1949 hingga tahun 2019 dihapuskan, dan ditulis ulang menjadi undang-undang yang komprehensif dengan jumlah pasal lebih dari 400-an. Pada tahun 2024 diterbitkan PP Nomor 28 yang merupakan PP pertama yang bersifat *Omnibus Law* dengan jumlah pasal 1100-an. Dalam UU Kesehatan 2023, posisi pemerintah diperkuat dan Kemenkes ditingkatkan peranannya sebagai regulator kebijakan. Tantangan mendatang adalah bagaimana pelaksanaan UU Kesehatan 2023 dapat mewujudkan sistem kesehatan nasional yang mampu menjamin bahwa setiap warga negara mendapatkan haknya dalam pelayanan kesehatan berdasarkan berkeadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Daftar Pustaka

Arsip

Arsip Nasional Republik Indonesia, Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana: Seri Penanganan Pandemi COVID-19 tahun 2020, No.34.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19*, No. 2.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 14.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 15.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 16.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 95.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 96.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 78.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 97.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 65.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 115.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 11.

Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan*

Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020, No. 42.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 39.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 132.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 53.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana BNPB Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 12.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 53.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 34.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 99.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020*, No. 140.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 10.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 31.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 17.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 81.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 16.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 39.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 28.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 29.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 47.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 99.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri*

Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022, No. 103.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 107.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 170.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 163.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 67.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 50.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 24.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 72.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 119.
Arsip Nasional Republik Indonesia, Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri COVID-19 tahun 2020-2022, No.77.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan RI Seri Penanganan Pandemi COVID-19 2020-2022*, No. 132.
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Dokumen Flu Burung,* Nomor 140. (Arsip belum diolah)
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Arsip Kementerian Kesehatan Berita Acara 2020*, No. 607. (Arsip belum diolah)
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Kemenkes RI tahun 2017,* Nomor 3 (Arsip belum diolah)
Arsip Nasional Republik Indonesia, *Inventaris Kementerian Kesehatan,* Nomor 161 (Arsip belum diolah)
Arsip Nasional Republik Indonesia. *Inventaris Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020.* No. 785. (Arsip belum diolah).
Arsip Nasional RI, *Daftar Arsip Kementerian Kesehatan Seri Penanganan Pandemi COVID-19*, No. 21.
Laporan Singkat Komisi IX DPR RI Membahas Kesehatan Masyarakat Miskin di Jakarta. Masa Sidang 2006-2007. dilaksanakan pada 27 Februari 2007.
Laporan Singkat Komisi IX DPR RI dalam Rapat Dengar Pendapat dengan Direktur Utama PT Askes (Persero). Dilaksanakan pada 20 Maret 2007.
Laporan Singkat Rapat Panja Askeskin Komisi IX DPR RI dalam Rapat Dengar Pendapat

dengan Kepala Pusat Pembiayaan & Jaminan Kesehatan Depkes, Adinkes, dan Prof. Dr. Hasbullah Thabrani, dilaksanakan pada 11 Februari 2008.

Laporan Singkat Komisi IX DPR RI terhadap Rapat Dengar Pendapat dengan Sekjen Departemen Kesehatan dan Direktur Utama PT Askes, diselenggarakan pada 11 Mei 2009.

Laporan Singkat Komisi IX DPR RI terhadap Rapat Dengar Pendapat dengan Menteri Kesehatan RI, diselenggarakan pada 9 November 2009.

Surat dari Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL) kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di Seluruh Indonesia, tanggal 13 September 2002.

Surat Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia, Penanganan Program JPS di Daerah, 27 Agustus 1999.

Surat Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Kesehatan Lingkungan (Ditjen PPM & PL) Depkes RI kepada Gubernur Provinsi di Seluruh Indonesia, tanggal 4 November 2002.

Buku, Karya ilmiah, Jurnal, Tesis dan Disertasi

"Atasi Defisit, Patuhi Rekomendasi". *Integrito: Jaminan Kesehatan yang tak Sehat*, Edisi 4 2019.

"Medical Residents Are Employees, Not Students, for Federal Tax Purposes", *Holland & Knight*, edition 20 Januari 2011.

"Penataan Tenaga Non-ASN Sesuai Kebutuhan Demi Kepastian Status dan Karier serta Kesejahteraan", *panrb*, 4 Juli 2022.

"Transformasi Pengelolaan Tenaga kesehatan untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas DTPK". *Makalah Kebijakan Singkat CISDI,* Seri I – Desember 2019.

Abdurrasyid Zamzami, "Peluang Indonesia dalam Kerangka Kerjasama Asean di Bidang Kesehatan Melalui ASEAN Framework Agreement on Services Paket 10" dalam *IJGD: Indonesian Journal of Global Discourse,* Vol. 2 Ed.1, January - June 2020.

Achmad Nursyandi, dkk. "Ketersediaan Obat Esensial Pada Sarana Kesehatan di Kabupaten Bangka Barat", *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia,* Volume 1 No. 3, September 2012.

Alagappa, M. 2004. *Civil Society and Political Change in Asia: Expanding and Contracting Democratic Space*. Stanford: Stanford University Press.

Alex Arifianto, dkk. 2005. *Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali: Sebuah Studi Kasus.* Jakarta: Smeru.

Anderson, Benedict. 1983. "Old State, New Society: Indonesia's New Order in Comparative Historical Perspective", *Journal of Asian Studies*, Vol.XLII, No.3. 1983.

Anderson, Benedict. 1983. "Old State New Society: Indonesia's New Order in Comparative Historical Perspective," dalam *Journal of Asian Studies*, Vol. XLIII, no. 3, May.

Anggi Restiasari, R. Ismiadi S, dan Ahmad Gozali, "Kepastian Hukum Apotek Rakyat dan Pekerjaan Kefarmasian", *Soepra: Jurnal Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata,* Vol. 3 No. 1 (2017).

Anna Kurniati dkk., 2012. *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Salemba Merdeka

Annisa Pebiansyah, dan Anna Yuliana, "Analisis Berita Hoax Vaksin COVID-19 : *Literature Review*" dalam *Jurnal Universitas Bakti Tunas Husada*, Volume 2 Nomor 1, 2022.

Aran, M. 2007. *'Pro-poor Targeting and the Effectiveness of Indonesia's Fuel Subsidy Reallocation Programs.'*Jakarta: World Bank.

Aries Djaenuri. 2012. *Hubungan Keuangan Pusat-Daerah: Elemen-elemen Penting Hubungan Keuangan Pusat-Daerah*, Bogor: Ghalia Indonesia.

Asih Eka Putri, dkk. "*The Prices People Have To Pay For Medicines in Indonesia*". Jakarta: WHO Jakarta/Health Action International.

Astuti Purbaningsih, "Dampak Jaminan Kesehatan Sosial Bagi Masyarakat Miskin terhadap Utilisasi Layanan Kesehatan", *Tesis*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta, Tahun 2017.

B.J. Habibie. 2006. *Detik-detik yang Menentukan: Jalan Panjang Indonesia Menuju Demokrasi,* Jakarta: THC Mandiri.

Baha Uddin, "Politik Kesehatan Masyarakat di Indonesia Pasca Kemerdekaan", dalam *Sejarah dan Budaya: Jejak Nusantara*, Vol. 3, 2015.

_____, "Praktik Dokter di Indonesia Masa Kolonial dan Reformasi: Sebuah Studi Perbandingan Mengenai Kedudukan Organisasi Profesi Dokter Dalam Sistem Kesehatan Negara", *Laporan Penelitian Kolaboratif*, Fakultas Ilmu Budaya, UGM, Tahun 2023.

_____, 2019. "Dari Bandung Plan hingga Proyek Bekasi: Kebijakan Kesehatan Masyarakat Berbasis Pedesaan di Indonesia Pasca Kemerdekaan (1951-1974)", dalam Abdul Wahid, Farabi Fakih, Uji Nugroho Winardi (*peny.*), *Eksploitasi, Modernisasi, dan Pembangunan: Perubahan Sosial Ekonomi Pedesaan Jawa pada Kolonial dan Postkolonial* Yogyakarta: Departemen Sejarah FIB UGM.

Bank Dunia. 2008. *Berinvestasi dalam sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*. Bank Dunia

Bautista, M. C., & Lopez-Valcarcel, B. G..”Review of medical professional organizations in developed countries: problems of decentralized membership registers”, *AIMS public health*, (2019) 6(4).

Bayu Mahardi Briyanto, Amirul Mustofa, “Implementasi Program Operasi Bakti Surya Bhaskara Jaya Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut Tahun 2023”, *Jurnal Soetomo Magister Ilmu Administrasi* vol. 2 No. 1 Tahun 2024.

Borow, M., Levi, B. & Glekin, M. “Regulatory tasks of national medical associations - international comparison and the Israeli case”. *Isr J Health Policy Res* 2, 8 (2013).

BPS Provinsi Sumatera Utara. 2024 *Statistik Kesehatan dan Perumahan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023.*Medan: BPS.

Broto Wasisto, dkk, 2009. *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia 1973-2009*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____, dkk, 2012. *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia 1973-2012*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Brysk, A. “Democratizing Civil Society in Latin America”. *Journal of Democracy*, Volume 11 No. 3, 2000.

Budi Hidayat, “Rambu-Rambu Jaminan Kesehatan Nasional”, disampaikan dalam *Pidato Upacara Pengukuhan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ekonomi dan Asuransi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI,* 2013.

C. B. Maier. 2015. “The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia,” *Health Policy (New. York).*, vol. 119, no. 12, pp. 1627–1635, Dec. 2015.

Camison L, Brooker JE, Naran S, Potts JR 3rd, Losee JE. *The History of Surgical Education in the United States: Past, Present, and Future*. 2022 Mar 17;3(1).

Cassels A. Janovsky K. 1995. “Health policy and systems research: issues, methods, priorities”. In: Janovsky K, ed. *Health Policy and System Development: an Agenda for Research*. Geneva: World Health Organization.

Catatan Rapat Kerja Badan Legislasi DPR RI dengan Menteri Kesehatan, dan RDP dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Dewan Jaminan Sosial serta Badan penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Rangka Penyusunan RUU tentang Kesehatan Tanggal 22 November 2022.

Center for Indonesia’s Strategic Development Initiatives, 2023. *Menjaga Arah Rencana Induk Bidang Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: CISDI.

Chatila Maharani, dkk. 2024. “Perjalanan Asuransi Kesehatan Dan Sistem Pembayaran Kapitasi di Indonesia”, dalam Evi Widowati, *Book Chapter Kesehatan Masyarakat Jilid 5,* Semarang: LPM Unnes.

CHPM. 2016. *HIV-AIDS Policy and Health System in Indonesia: A Document Review.* Yogyakarta: CHPM UGM.

Dadi S. Argadiredja. "Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan", *Rapat Koordinasi Pembangunan Pusat,* Jakarta 16 September 2002.

Daniel Perwira, dkk. 2003. *Perlindungan Tenaga Kerja Melalui Sistem Jaminan Sosial: Pengalaman Indonesia.* Jakarta: Smeru.

Departemen Kesehatan RI 2003. *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001 - 2004.* Jakarta: Depkes RI.

_____, 1978. *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid I*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2003. *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/MENKES/SK/I/2003.* Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2005. *Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Tahun 2005.* Jakarta: Depkes.

_____. 2007. *"Kebijakan Obat Tradisional Nasional Tahun 2007"*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2007. *Sejarah Pemberantasan Penyakit di Indonesia*, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2008. *Daftar Obat Esensial Nasional 2008,* Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas),* Jakarta: Depkes RI.

_____. 2008. *Petunjuk Teknis Jamkesmas di Puskesmas dan Jaringannya Tahun 2008.* Jakarta: Depkes RI.

_____, 1978. *Sejarah Kesehatan Nasional Jilid II.* Jakarta: Depkes, 1978.

_____, 1978. *Sejarah Kesehatan Nasional Jilid III.* Jakarta: Depkes.

Devas, Nick "Indonesia: What Do We Mean By Decentralization?", *Public Administration and Development,* 17, 1997.

Dewan Jaminan Sosial Nasional BPJS Kesehatan. 2019. *Buku Statistik JKN 2015-2019.* Jakarta: DJSN.

_____. 2020. *Buku Statistik JKN 2015-2019.* Jakarta: DJSN.

_____. 2021. *Statistik JKN 2020-2021: Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional.* Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Dewi Marhaeni Diah Herawati, "Decision Space dalam Program Kesehatan Ibu

dan Anak Tahun 2006", dalam *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 9, No. 3, 2006.

Diamond, Larry. "Rethinking Civil Society: Toward Democracy Consolidation" *Journal of Democracy*, Vol. 5, Issue 3, July 1994.

_____. 1999. *Development Democracy: Toward Consolidation*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA. 2020. *Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama,* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Ditjen Perimbangan Keuangan Daerah. *Refocusing dan Realokasi Anggaran Pemerintah Daerah Dalam Rangka Penanganan COVID-19.* Ditjen Perimbangan Keuangan Daerah, Kemendagri. 16 April 2020.

DKI Jakarta tercatat memiliki 396 toko obat tak berizin, 107 toko diantaranya berada di Pasar Pramuka, dikutip dari *Harian Kompas*, edisi 16 Juni 2007.

Doni Jepisah, dkk. "Peranan Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Riau Tahun 2021". *Community Engagement & Emergence Journal,* Vol. 3 No. 2, Agustus 2022.

Dorit Stein & Sitha Dewi. 2020. Policy Brief Beragam Aliran Dana untuk Layanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Indonesia Kajian Hukum dan Regulasi. Health PolicyPlus.

Eddy Suratman. 2022. *Kajian Costing Berbasis Layanan Kesehatan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bantuan Operasional Kesehatan (BOK),* Jakarta: Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan & Kemenkeu.

Edi Basuno, "Review Dampak Wabah dan Kebijakan Pengendalian Avian Influenza di Indonesia", *Analisis Kebijakan Pertanian*, Volume 6 No. 4, Desember 2008.

Eid, Florence. 2001. *Hospital governance and incentive design: the case of corporatized public hospitals in Lebanon.*The World Bank.

Gani A. Jaelani, "Melampau Batas-Batas: Perdebatan Ekonomi Politik Penerapan Karantina di Masa Kolonial", dalam *Jurnal Sejarah*, Vol. 3, No. 1, 2020.

Gutierrez, Juan Pablo, et al., "Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost?", *Research Letters*, Vol 364 July 3, 2004.

Hanugerah Kristiono Liestiandre, "Strategi Pengembangan Medical Tourism: Studi Kasus Medical Tourism di Korea Selatan", *Jurnal Kepariwisataan,* Vol. 17 No. 2 September 2018

Hari Santoso. 2005. *Laporan Akhir Tim Analisis Dan Evaluasi Hukum Tentang Wabah Penyakit Menular.* Jakarta: Depkumham RI.

Hassan TB. "Looking back and forward: emergency medicine in its 50th year".

Emerg Med J. 2018 Mar;35(3):137-13.
Helius Sjamsuddin. 2012. *Metodologi Sejarah,* Yogyakarta: Ombak.
Herdi Widya Wardhana dan Artono, "Pandemi Flu Spanyol Tahun 1918 di Wilayah Mojowarno", dalam *Avatara*, Vol. 12, No. 2, 2022
Hermawan, A. Analisis distribusi tenaga kesehatan (Dokter Perawat dan Bidan) di Indonesia pada 2013 dengan menggunakan Gini Index. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, *22*(3), 2019.
Hull, Terence H. (ed.), 2005. *People, Population, and Policy in Indonesia (Celebrating Indonesia*), Equinox Publishing
I Nyoman Dharma Wiasa. 2002. *Jaminan Kesehatan Nasional yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, Sigi: Feniks Muda Sejahtera.
IBP Indonesia Core Team. 2012. *JAMKESMAS dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi.* Jakarta: Perkumpulan Inisiatif.
Ikhtisar Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 7/PUU-XVII/2019.
ILO. 2008. *Social Security in Indonesia: Advancing the Development Agenda*, Jakarta: ILO.
Iwan Halwani. 2005. "Studi Evaluasi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan di Puskesmas Poasia, Kecamatan Poasia, Kota Kendari", *Thesis* Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.
Jackson, N. "Academic regulation in UK higher education: part II – typologies and frameworks for discourse and strategic change,". *Quality Assurance in Education*. (1997) 5(3).
Janetty, "Peluang Dan Tantangan Wisata Medis Indonesia Terkait Undang-Undang Kesehatan Baru 2023", *Pemuliaan Keadilan*, Volume 1 No 3 Juli 2024.
Januar Achmad, 1999. *Hollow Development: The Politics of Health in Soeharto's Indonesia*, Canberra: Australian National University Press.
Kania Damayanti. 2008. Evaluasi Implementasi Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Prospek Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), *Jurnal Borneo Administrator,* Vol. 4 No 2 (2008).
Kanwil Ditjen Perbendaharaan DIY. 2021. *Kajian Fiskal Regional Daerah Istimewa Yogyakarta Triwulan 1 2021*. Yogyakarta: Kanwil Ditjen Perbendaharaan DIY.
Karlina, A. "Peran TNI di Masa Pandemi COVID-19 dalam Perspektif Hukum dan Bela Negara," *Jurnal Hukum Statuta*, 2(1),2002.
Karyanti, M. R., dan Hadinegoro, S. R, "Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue Di Indonesia", *Sari Pediatri*, *10*(6), 2009.
Kementerian Kesehatan RI. 2010. *"Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat",*

(Jakarta: Kementerian Kesehatan.

_____. 2011. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu,* Jakarta: Kementerian Kesehatan.

_____. 2012. *Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia, 1973-2012 (edisi revisi),* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2014. dan Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL POSYANDU), *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2014. *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia 2011-2016,* Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2015. *Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2015-2019,* Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2017. *Buku Panduan Penilaian Teknologi Kesehatan : Efektivitas Klinis dan Evaluasi Ekonomi.*Jakarta: P2JK, Kemenkes RI.

_____. 2017. *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*, Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2017. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 - 2019.* Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2020. *Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Pandemi COVID-19*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2020. *Petunjuk Teknis Pelaporan COVID-19 Versi 2 di RS Online Versi 2,* Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2020. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024,* Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2021. *Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan,* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021.

_____. 2021. *Laporan Kegiatan Pengawasan Kekarantinaan Kesehatan Tahun 2020*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

_____. 2021. *Pencatatan dan Pelaporan COVID-19 Melalui Aplikasi New All Record (NAR).*

_____. 2021. *Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi COVID-19: Serial Kedua*, Jakarta: Kemenkes RI.

_____. 2023. *Kolaborasi Seluruh Negeri Menanggulangi Pandemi.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2023. *Membangun Integrasi Menuju Transformasi Digital Kesehatan: Laporan Tahunan Digital Transformation Office 2021-2022.* Jakarta: Kementerian Kesehatan.

_____. 2023. *Profil Kesehatan Indonesia 2022,* Jakarta:

Kementerian Kesehatan RI.

_____. 2024. *Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat dan Unggul*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Keuangan RI. 2011. *Nota Keuangan dan APBN Tahun 2001.* Jakarta: Kemenkeu.

_____. *Nota Keuangan beserta RAPBN Tahun Anggaran 2024.*

_____. 2009. *Nota Keuangan dan APBN Tahun 2009*. Jakarta: Kemenkeu.

_____. 2014.*Nota Keuangan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan Tahun 2014*. Jakarta

Kementerian PPN/Bappenas. 2014. *Perlindungan Sosial di Indonesia: Tantangan dan Arah ke Depan.* Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.

_____. 2014. *Perlindungan Sosial di Indonesia; Tantangan dan Arah ke Depan,* Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas.

_____. 2019. *Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan,* Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.

_____. 2020. *Laporan Kinerja Pelaksanaan Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri – Triwulan II (2020)*, Jakarta: Kementerian PPN/ Bappenas.

Ketut Sedana Arta, Politik Indonesia Pada Masa Demokrasi Terpimpin 1959-1966, *Jurnal Candra Sangkala,* Vol 4, No 1, Maret 2022.

Khozin Alfani, "Harmonisasi Peraturan di Bidang Pendidikan Kedokteran dan Praktik Kedokteran", *Thesis* Fakultas Hukum Universitas Indonesia Tahun 2023.

Kim, Jim Yong, Arthur Ammann, "Is the "3 by 5" Initiative the Best Approach to Tackling the HIV Pandemic?", *Pols Medicine,* November 30, 2004.

Kovner Anthony R. and James R. Knickman (ed.), 1999. *Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States,* Springer Pub Co.

Krisnamurthi, B., "Mencari Jawaban yang Lebih Baik untuk Menangani Flu Burung". *Workshop sehari: Tantangan Penelitian Avian Influenza di Indonesia*, LIPI Jakarta, 4 September 2008.

Kuntowijoyo. 2003. *Metodologi Sejarah,* Yogyakarta: Tiara Wacana.

_____. 2013. *Penjelasan Sejarah,* Yogyakarta: Tiara Wacana.

L. Guadiz-Padmohoedojo. 1995. *Historical Development 2nd Edition.* Jakarta: PT Askes Indonesia.

Laksono Trisnantoro, 1999. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.

_____, 2005. *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar.* Yogyakarta: Andi Offset.

_____, 2014. *Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional: Skenario Pelaksanaan JKN: Sebuah Studi Awal untuk Monitoring.* Yogyakarta: PKMK FK UGM.

_____, 2016. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gama Press.

_____, dkk. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan.* Yogyakarta: BPFE Yogyakarta.

_____. 2009. "Penutup: Analisis Stakeholders dan Skenario", dalam Laksono Trisnantoro, *dkk*, *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan* Yogyakarta: BPFE Yogyakarta.

_____. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFE.

Lepi T. Tarmidi, "Krisis Moneter Indonesia: Sebab, Dampak, Peran IMF dan Saran", *Pidato pengukuhan Guru Besar Madya pada FEUI*, Jakarta, 10 Juni 1998.

Lim, Shih-Hui, Keng-Yeen Ng, Chin-Hin Chew. From the Chapter of Physicians, Academy, Singapore to the College of Physicians, Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*. Juli 2007; Volume 36, No. 7.

M. Sadli. 1999. *Dampak Krisis Ekonomi Pada Kemiskinan* Jakarta: Business News.

M. C. van Schalkwyk *et al.* 2020. "The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare," *Health Policy (New. York).*, vol. 124, no. 12, pp. 1379–1386, Dec. 2020.

Maeda, Akiko, Margareta Harrit, Shunsuke Mabuchi, Banafsheh Siadat, and Somil Nagpal. 2012. *Creating Evidence for Better Health Financing Decisions: A Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts*. Washington DC: The World Bank.

Malley, Michael. 2001. "Daerah: Sentralisasi dan Perlawanan", dalam Donald K. Emmerson, *Indonesia Beyond Soeharto: Negara, Ekonomi, Masyarakat, Transisi*. Jakarta: The Asia Foundation & Gramedia Pustaka.

Marina Ery Setiawati dan Rahmah Hida Nurrizka, "Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional", *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, Vol. 08, No. 01 Maret 2019.*

Martina Safitry, "Kisah Karantina Paris of the East: Wabah Pes di Malang, 1910-1916", dalam *Jurnal Sejarah*, Vol. 3, No. 1, 2020

Milena Soriano Marcolino, dkk, "Systematic review and meta-analysis of

ivermectin for treatment of COVID-19: evidence beyond the hype" dari *Jurnal BMC Infectious Diseases* Vol. 22, No. 639, (2022).

Mills A, Vaughan JP. Smith DI, Tabibzadeh I. 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues, and Country Experience.* Geneva: World Health Organization

Muh. Kadarisman, Analisis tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005, *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM,* No. 3 Vol.. 22 Juli 2015.

Nadia Mahza Prameswari, "Medical Tourism di Indonesia: Analisis Hukum Tentang Peluang dan Tantangan", *Perspektif Administrasi Publik dan Hukum,* Vol. 1 No. 3 Juli 2024

Neelakantan, Vivek, 2017. *Memelihara Jiwa-Raga Bangsa: Ilmu Pengetahuan, Kesehatan Masyarakat, dan Pembangunan Indonesia di Era Soekarno.* Jakarta: Buku Kompas

Ni Ketut Aryastami, "Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi Stunting di Indonesia", *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol. 45, No. 4, Desember 2017.

Niar Afdhal Luthfi. 2019."Efektivitas Penggunaan Pajak Rokok dan Intercept Dana Alokasi Umum dalam Mengurangi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan", *Jurnal Anggaran dan Keuangan Negara Indonesia (AKURASI),* Vol. 1 No. 2.

Nugroho, R., Suyanto, S., & Waluyo, S.."Pengaruh Burnout pada Tenaga Kesehatan terhadap Keselamatan Pasien: Meta Analisis". *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(3), (2023) 1077-1086.

Nur Hadiyati & Hayllen Stathany, "Analisis Undang-undang ITE Berdasarkan Asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan di Indonesia", *Mizan: Jurnal Ilmu Hukum,* Vol. 10 No. 2, Desember 2021.

Nur Hidayat, Khos'in, Azizah Aryati dan Zulfikri Muhammad, 2024. *Aplikasi Bioteknologi Tanaman Terintegrasi Nilai-nilai Agama Islam,* Cirebon: CV. Elsi Pro.

Nur Rijal, "Analisis Perbandingan Sistem Pendidikan Negara-Negara Maju Sebagai Komparasi Kemajuan Pendidikan di Indonesia. *JBB: Jurnal Biologi Babasal*. April 2024; Volume 3, No 1.

Omar M. 2001. *Health Sector Decentralization in Developing Countries: Unique or Universal?* Leeds: Nuffield Institute for Health, Leeds University.

PERSI, 2019. *Buku Putih Persi Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional.* Jakarta: Persi.

PKMK UGM. 2019. *Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Analisis dalam Tiga Aspek: Kepesertaan, Pelayanan dan Pembiayaan*. Yogyakarta: PKMK-UGM.

Pols, Hans. 2019. *Merawat Bangsa: Sejarah Pergerakan Para Dokter Indonesia*, (Jakarta: Kompas.

Prapto Raharjo, I. et. al. 2013. *Indonesia NSP Review*. Jakarta: UNODC Indonesia.

Prastuti Soewondo, dkk. 2021. *Kajian Kebijakan Pengadaan (E-Procurement) Obat Nasional Tahun 2014-2019,* Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

Preker, Alexander S. 2003.April Harding, *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals.* World Bank Publications.

Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. 2020. *Kurikulum TOT Pelatihan Tata Laksana Vaksinasi COVID-19 bagi Vaksinator di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, (Jakarta: Pusat Pelatihan SDM Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDMK Kementerian Kesehatan 2020).

Raharni, dkk., "Kemandirian dan Ketersediaan Obat Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Kebijakan, Harga dan Produksi Obat", *Media Litbangkes,* Vol. 28 No. 4, Desember 2018.

Rahmadhona Fitri Helmi, "Strategi Komunikasi Pemerintah Kota Padang Dalam Meminimalisir Infodemic Vaksinasi COVID-19" dalam *Jurnal Komunikasi dan Penyiaran Islam,* Volume 12 Nomor 2, Desember 2021.

Rahmah Hida Nurrizka. 2013. *Policy Update Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia*. Jakarta: Prakarsa.

Raisa Annisa, dkk. 2020. "Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola". *INTEGRITAS: Jurnal Antikorupsi*, Vl 6 (2).

Ratnawati Marganingsih, "Program Pemulihan Ekonomi Nasional sebagai Penanggulangan Dampak Pandemi COVID-19 Pada Sektor UMKM", dalam *Moneter: Jurnal Akuntansi dan Keuangan*, Vol. 8, No. 2, 2021.

Ravando. 2020. *Perang Melawan Influenza: Pandemi Flu Spanyol di Indonesia Masa Kolonial, 1928-1919*, Jakarta: Kompas.

Redfern, William A. 2010. "Sukarno's Guided Democracy and the Takeovers of Foreign Companies in Indonesia in the 1960s', *Disertasi Ph.D.*, The University of Michigan

Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza 2006 - 2008.

Rengga Arif Rahmat Hidayat, Rachmat Ihya, "Perlindungan Hukum Terhadap Konsumen Pengguna Obat yang Beredar Luas di Pasaran", *Jurnal Universitas Sunan Giri Surabaya,* (2024) Vol. 2, No. 2.

Riana Julida Simarta, "Pengaruh Pelaksanaan Program Pemberantasan Vektor Intensif terhadap Angka Insidens Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Muara Enim" *Tesis* Prodi Epidemiologi, Program Pascasarjana, FKM UI.

Ribot, J.C. 2002. "African Decentralization: Local Actors, Power and

Accountability", *Democracy, Governance and Human Right Papers No.8* (Washington: United Nations Research Institute for Social Development.

Ricklefs, M.C. 2005. *Sejarah Indonesia Modern 1200-2004,* Yogyakarta: Serambi.

Rizal Yuwono & Dyah Widi Astuti, "Potensi Pengembangan Wellness Hospitality Tourism di Tawangmangu", *Seminar Ilmiah Arsitektur II, SIAR-II 2021.*

Rizqy Dimas Monica, dkk., "Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif Ina-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap pada Kasus Persalinan Sectio Caesarea guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit Tni Au Dr. M. Salamun Bandung", *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia,* Vol. 9 No.1, Maret 2021.

Robinson, Richard. 1998. "Authoritarian States, Capital-Owning Classes, and the Politics of Newly Industrializing Countries: The Case of Indonesia", *World Politics*, 41(1), October 1988.

Rokx, Claudia. et al. 2009. *Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*, Washington, DC: The World Bank.

Rosyidah, R., Daly, G., Mukti, A. G., & Coufopoulus, A. (2020). *Developing Indonesia's Universal Health Coverage System*. Abstract from 20th International Conference of Public Health Sciences, Bangkok, Thailand.

Roy H. Perlis, dkk, "Misinformation, Trust, and Use of Ivermectin and Hydroxychloroquine for COVID-19", *Jurnal JAMA Health Forum* ,Vol. 4, No. 9, (2023).

S. Lev, Daniel. 2009. *The Transition to Guided Democracy: Indonesian Politics, 1957-1959.* Singapore: Equinox.

Sartono Kartodirdjo. 1993. *Pendekatan Ilmu Sosial dalam Metodologi Sejarah*. Jakarta: Gramedia Pustaka.

Sekretariat Jenderal DPR RI. 2004.*Kajian Akademik Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Sekretariat Jenderal dan BK DPR.

Seri Buku Tempo. 2019. *Pergulatan Demokrasi Liberal 1950-1959*. Jakarta: KPG & Tempo Publishing.

Siti Hasanah, "Vereeniging van Inlandsche Geneeskundige: Cara Dokter Pribumi Mendongkrak Status Profesionalisme Dalam Tatanan Kesehatan Kolonial", dalam *Historia*, Volume 5, Nomor 1, 2022.

Slamet Widodo, 2020. "Efisiensi & Efektivitas Belanja Pegawai, Barang & Modal", *Analisis Ringkas Cepat*, No. 02/arc.PKA/IV/2020, Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian Sekretariat Jenderal DPR RI.

Slamet. 2022. *Potret Pandemi COVID-19 dan Penanggulangannya: Pandemi Mengubah Pola Kehidupan*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Sparrow, Robert. dkk. 2010. *Working Paper Social Health Insurance for the Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Program,* Jakarta: The SMERU Research Institute.

Sri Idaiani, "Kesehatan Jiwa di Indonesia dari Deinstitusionalisasi sampai Desentralisasi", *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional,* Vol. 4, No. 5, April 2010.

Sriratanaban A, Sangprasert B. The Rural Area Project (RAP) in Thailand: curriculum development. Med Educ. 1983 Nov;17(6).

Stiglitz, Joseph E. 2002. *Globalization and Its Discontents 1st Edition*. London: Penguins Book.

Subarno, "Implementasi Wisata Medis Berdasarkan Undang-undang Nomor 10 Tahun 2009", *Mahkamah: Jurnal Riset Ilmu Hukum,* Vol, 1. No. 3 Juli 2024.

Suhartono W. Pranoto. 2010. *Teori dan Metodologi Sejarah,* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Susanti, et.al., 2022. *Tackling fraud and corruption in Indonesia's health insurance system*. CHR Michelsen Institute.

Susanto Zuhdi. 2012. "Epilog: Masa Awal Reformasi", dalam Taufik Abdullah (ed.), *Indonesia Dalam Arus Sejarah: Dari Orde Baru Hingga Reformasi*. Jakarta: Ichtiar Baru van Hoeve & Kemendikbud.

Syandra Sari. 2022. *Analisa dan Perancangan Sistem Informasi New All Record PCR pada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.

Tesson G, Curran V, Strasser R, Pong R, Chivot D. Les innovations de l'enseignement médical en vue du recrutement des médecins pour les régions rurales et éloignées au Canada, aux Etats-Unis et en Australie [Adapting medical education to meet the physician recruitment needs of rural and remote regions in Canada, the US and Australia]. *Sociol Demogr Med*. 2005 Apr-Sep;45(2-3).

Thabrany, H. "Politik Jaminan Kesehatan Indonesia". *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 3(4), (2009).

The World Bank. 2021. *Indonesia for a National Health Insurance (JKN) Reforms and Results Program Program-for-Results.* The World Bank, November 4.

Titik Kurnianingsih, "Dampak Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin Askeskin Terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap", *Thesis,* Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Jakarta, Tahun 2014.

TNP2K.2020. *Kompendium Aktivitas Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan 2014-2019,* Jakarta: TNP2K.

Trueman, Carl E. 2010. *Histories and Fallacies: Problems Faced in the Writing of History.* Crossway/Good News Publishers.

VENDOR CONFERENCE Details on SIHREN, SOPHI & InPULS Project Ministry of

Health Jakarta, November 7th , 2023.
Vickers, Adrian. 2008. "Mengapa tahun 1950-an penting bagi Kajian Sejarah Indonesia", dalam Henk Schulte Nordholt (ed.), *Perspektif Baru Penulisan Sejarah Indonesia,* Jakarta: KITLV-YOI.
Vivi Manisha. "Kualitas Pelayanan di RS Pendidikan Univ Tanjungpura di Kota Pontianak", *PublikA: Jurnal Administrasi Negara,* Vol. 5, No. 3, Edisi September 2016.
Walt, Gill. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power.*Bloomsbury Academic.
Waters, Hugh, Fadia Saadah and Menno Pradhan, "The Impact of the 1997-98 East Asian Economic Crisis on Health and Healthcare in Indonesia", *Health Policy and Planning,* Vol. 18, No. 2 (Juni, 2003).
WHO, 2000. *The World health report 2000: Health Systems: Improving Performance. In The World Health Report*, Geneva: World Health Organization.
____, 2010. *Models and tools for Health Workforce Planning and Projections. World Health Organization*, Geneva: World Health Organization.
____. 2010. *National eHealth Strategy Toolkit for Countries.* Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union.
Wimmie Handiwidjojo, "Rekam Medis Elektronik" *Jurnal EKSIS* Vol 02 No 01 Mei 2009.

Koran dan Majalah

"5 Alasan Nakes Demo Tolak Pengesahan UU Kesehatan hingga Bakal Demo Massal", *Kompas.com*, edisi 11 Juli 2023.
"Banyak Dokter Spesialis Ingkari Kontrak", *Berita Yudha*, 06 Desember 1995.
"Benang Kusut Paceklik Dokter di Balik Tragedi AKI", *tirto.id*, edisi 18 November 2022.
"Berbasis Rumah Sakit Kemenkes Buka Program Dokter Spesialis", *Kedaulatan Rakyat*, edisi 14 Agustus 2024.
"Bolong-bolong Sistem Pendidikan Kedokteran", *Koran Tempo*, edisi 14 Desember 2022
"Demo Tolak RUU Kesehatan dan Potensi Melemahnya Perlindungan Nakes", *Kompas.com*, 8 edisi Mei 2023.
"Di Balik Rencana Luhut Mau Boyong Dokter-Dokter Asing ke RI", *CNBC Indonesia*, edisi 19 Agustus 2020
"Dokter dan Nakes Demo di DPR Tolak RUU Omnibus Law Kesehatan", *CNN Indonesia*, edisi 5 Juni 2023
"Dokter Layanan Primer: Pro Kontra Tak Berkesudahan", *Kompas.id,* edisi 19 Juli

2017.
"Formasi Dokter Baru Tanpa Pembatasan" Waspada, edisi 11 Juli 1987.
"IDI, PDGI, PPNI, IBI dan YLKI Demo di DPR RI Tolak RUU kesehatan Omnibus Law", *tempo.co*, edisi 28 November 2022
"Kemenkes Larang Dokter dan ASN Ikut Demo Tolak RUU Kesehatan", *Kompas.com*, edisi 28 November 2022.
"Luhut Sebut Pemerintah akan Permudah Dokter Asing Masuk RI", *CNN Indonesia*, edisi 13 Agustus 2020.
"Melaporkan Pungli", *Waspada*, edisi 6 Juli 1987.
"Menkes Budi Gunadi: Indonesia Kekurangan 160.000 Dokter", *Kompas.com*, edisi 12 Juli 2022.
"Menuju Berlakunya UU Kesehatan Baru", *Harian Waspada*, Edisi 06 Maret 2005.
"Omnibus Law Kesehatan untuk Apa", *Majalah Tempo*, 15 Januari 2023.
"Pelayanan Dokter Mengecewakan",*Neraca*, edisi 5 November 1988.
"Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis RS Dibuka, Dokter dari Daerah Terpencil Diutamakan", *Kompas.id,* 12 Agustus 2024.
"Praktek "Pojok Maut" di Depkes: IDI minta Penyederhanaan Proses Penempatan Dokter Baru ("Upeti" mencapai Rp. 7-8 Juta)", *Analisa*, edisi 29 Juni 1987.
"Ratusan Tenaga Kesehatan Demo di Depan Gedung DPR", *Kompas.id*, edisi 28 November 2022.
"Resmikan Apotek Rakyat, Menkes Imbau Tak Jual Obat Palsu", *news.detik.com* pada 3 April 2007.
"RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI", *Tirto.id*, edisi 5 Desember 2022
"RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI", *Tirto.id*, edisi 5 Desember 2022.
"2020, Humor Gelap yang Masih akan Lebih Gelap", *Indoprogress*, edisi 22 Maret 2020.
"Alasan Ribuan Dokter Demo Menolak Program DLP Pemerintah", *Tempo.co.,* edisi 24 Oktober 2016.
"Atasi Ketimpangan Vaksinasi", *Kompas.id*, edisi 30 Juli 2021.
"Blunder Tangani Corona", *Majalah Tempo*, edisi 7 Maret 2020.
"Buntut Konflik Dokter Terawan", *Majalah Tempo*, edisi 2 Oktober 2022.
"Dampak Pemerintah Menunda-nunda Informasi soal Selebaran Virus Corona", *tirto.id*, edisi 4 Maret 2020.
"Doctors Stage Protest, Reject DLP Program", *Tempo English,* edisi 24 Oktober 2016;
"Dua Warga Terinfeksi Virus Korona, Pemerintah Sudah Siap", *Kompas.id*, edisi 2 Maret 2020.

"Editorial: Sia-sia Tutupi Corona", *Koran Tempo*, edisi 2 Maret 2020.
"Fasilitas Kesehatan Kritis, Pasien Tak Tertangani", *Kompas.id*, edisi 6 Januari 2021.
"Hoaks Vaksin di Masa Pandemi", *Kompas.id,* edisi 2 Agustus 2021.
"Kolaps Dihantam Corona Galur India", *Koran Tempo*, edisi 16 Juli 2021.
"Kontroversi Terawan Berujung Pemecatan", *Koran Tempo*, edisi 28 Maret 2022
"Mencermati Kejadian Ikutan Pasca-imunisasi (KIPI) COVID-19" *Kompas.id,* edisi 15 Maret 2021.
"Mengarungi Tahun Politik di Tengah Pagebluk", *Kompas.*id, edisi 31 Desember 2021.
"Menghapus Lelah Tenaga Kesehatan COVID-19", *Interaktif.Kompas.id*, 15 Februari 2021.
"Menjaga Garis Depan Vaksinasi COVID-19...", *Kompas.id*, edisi 16 Juli 2021.
"Menolak Vaksin karena Percaya Hoaks", *Kompas.id,* edisi 2 Maret 2021.
"Optimalkan Pelacakan Kasus COVID-19, TNI Siapkan 63.000 "Tracer" Digital", *Kompas.id*, edisi 27 Juli 2021.
"Pagebluk Meroket, Rumah Sakit Kolaps", *Koran Tempo*, edisi 5 Juli 2021.
"Pagebluk Sadis, Stok Oksigen Menipis", *Koran Tempo*, edisi 26 Juni 2021.
"Relasi Pusat-Daerah dan Korona", *Kompas.id,* edisi 11 Mei 2020.
"Resistansi Vaksinasi dan Pasokan Vaksin", *Kompas.id,* 15 Januari 2021.
"Sentimen di Twitter Pengaruhi Tingkat Vaksinasi", *Kompas.id*, edisi 16 Mei 2022;
"Tenaga Kesehatan Kelelahan dan Makin Rentan Tertular COVID-19", *Kompas.id,* 27 Juni 2021.
"TNI Kerahkan Babinsa untuk "Tracing" COVID-19", *Kompas.id*, edisi 9 Februari 2021.
"TNI Terjunkan Ribuan Pelacak COVID-19", *Koran Tempo*, edisi 28 Juli 2021.
"Vaksinasi COVID-19 Cepat, tetapi Belum Merata", *Kompas.id*, edisi 19 Agustus 2021.
"Varian Delta Mendominasi Lonjakan Kasus COVID-19", *Kompas.id*, edisi 14 Juni 2021.
"WHO Imbau Pemerintah Antisipasi Meluasnya Wabah Corona", *Koran Tempo*, edisi 3 Maret 2020.
Antara News, edisi 17 Juli 2024.
Antara News, edisi 22 Juni 2020.
Antara News, edisi 22 Juni 2020.
Antara News, edisi 6 April 2020.
Antara News, edisi 6 April 2020.
Antara News, edisi 6 April 2023.

Antara News, edisi 7 April 2020.
Antara News, edisi 1 Desember 2021.
Antara News, edisi 1 Juni 2020.
Antara News, edisi 1 November 2021.
Antara News, edisi 10 Agustus 2020.
Antara News, edisi 14 Oktober 2020.
Antara News, edisi 14 Oktober 2024.
Antara News, edisi 16 Mei 2021.
Antara News, edisi 16 Oktober 2024.
Antara News, edisi 17 Juli 2024.
Antara News, edisi 18 Oktober 2024.
Antara News, edisi 19 Maret 2021.
Antara News, edisi 20 Januari 2022.
Antara News, edisi 22 Juli 2021.
Antara News, edisi 26 Agustus 2024.
Antara News, edisi 28 Februari 2022.
Antara News, edisi 28 Januari 2021.
Antara News, edisi 30 September 2020.
Antara News, edisi 4 Agustus 2024.
Antara News, edisi 5 Juli 2021.
Antara News, edisi 5 Maret 2020.
Berita Yudha, edisi 18 Agustus 1997.
Berita Yudha, edisi 20 September 1995.
Bisnis Indonesia, edisi 21 Desember 2020.
CNBC Indonesia, edisi 19 Desember 2023.
CNN Indonesia, edisi 18 November 2021.
CNN Indonesia, edisi 22 Juni 2021.
CNN Indonesia, edisi 10 Juli 2020.
Detik News, edisi 13 Juli 2021.
Harian Analisa, edisi 5 Januari 1998.
Harian Jogja, edisi 10 September 2020.
Harian Jogja, edisi 10 September 2020.
Harian Jogja, edisi 13 November 2020.
Harian Jogja, edisi 13 November 2020.
Harian Kompas, edisi 16 Juni 2007.
Harian Kompas, edisi 17 Januari 2007.
Harian Kompas, edisi 17 September 2016.
Harian Kompas, edisi 4 April 2007.

Harian Kompas, edisi 4 April 2007.
Harian Kompas, edisi 4 April 2007.
Harian Kompas, edisi 5 April 2007.
Harian Waspada, edisi 7 Agustus 2002.
Jawa Pos, edisi 3 Desember 2020
Kedaulatan Rakyat, edisi 18 Januari 2021.
Kedaulatan Rakyat, edisi 19 April 2020.
Kedaulatan Rakyat, edisi 20 April 2020
Kedaulatan Rakyat, edisi 20 April 2020.
Kedaulatan Rakyat, edisi 21 Mei 2021.
Kedaulatan Rakyat, edisi 21 Mei 2021.
Kedaulatan Rakyat, edisi 30 April 2021.
Kedaulatan Rakyat, edisi 30 April 2021.
kedokteran-indonesia,
Kompas, edisi 1 Maret 2023.
Kompas, edisi 10 Juni 2020.
Kompas, edisi 12 November 2022.
Kompas, edisi 14 Januari 2021.
Kompas, edisi 16 Oktober 2020.
Kompas, edisi 17 Maret 2021.
Kompas, edisi 20 April 2020.
Kompas, edisi 21 Oktober 2020.
Kompas, edisi 22 Juli 2021.
Kompas, edisi 23 Desember 2020.
Kompas, edisi 24 Maret 2020.
Kompas, edisi 25 Oktober 2021.
Kompas, edisi 28 Desember 2022.
Kompas, edisi 31 Desember 2022.
Kompas, edisi 31 Juli 2021.
Kompas, edisi 4 Maret 2020.
Kompas, edisi 7 Juli 2020.
Media Indonesia, edisi 21 Juni 2024.
Radar Solo, edisi 18 Desember 2020.
Sindo News, edisi 29 Januari 2022.
Sriwijaya Post, edisi 6 April 2024.
Tempo, edisi 28 Mei 2023.
Tempo, edisi 10 April 2020.
Tempo, edisi 18 Desember 2021.

Tidak Perlu Takut Dokter Asing", *Majalah Tempo*, edisi 14 November 2020
VOA Indonesia, edisi 11 September 2020.
VOA Indonesia, edisi 11 September 2020.
VOA Indonesia, edisi 3 Januari 2021.
VOA Indonesia, edisi 7 Oktober 2021.

Produk Hukum

Fatwa MUI Nomor 14 Tahun 2021.
Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2021.
Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 2021.
Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 tahun 2021.
Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/4641/2021
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1287/MENKES/SK/VIII/2005.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/32/2023.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020.
Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 003 A/Menkes/SK/I/2003.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 134/Menkes/SK/III/2006.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1348/Menkes/XII/2004.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/X/2004 Tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung (Avian Influenza) Pada Manusia.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Penetapan Flu Burung (*Avian Influenza*) sebagai Penyakit yang dapat Menimbulkan Wabah serta Pedoman Penanggulangannya.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung (Avian Influenza) Pada Manusia.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1626/Menkes/SK/

XII/2005 tentang Pedoman Pemantauan dan Penanggulangan KIPI.
Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1415/MENKES/SK/X/2005 tentang Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 312/Menkes/SK/IX/2013 tentang Daftar Obat Esensial Nasional.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4641 Tahun 2021.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4834/2021.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 069/Menkes/SK/II/2006 tentang Pencantuman Harga Eceran Tertinggi (HET) Pada Label Obat.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 039/MENKES/SK/I/2006.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1527/MENKES/SK/X/2005.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 2015 Tahun 2023.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 381/Menkes/SK/III/2007 tentang Kebijakan Obat Tradisional Nasional.
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/1258 /2022
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/6573/2020.
Keputusan Menteri Kesehatan Rl Nomor 208/Menkes/SK/111/2002.
Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah.
Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020.
Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020.
Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2020.
Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 069/Menkes/SK/II/2006 tentang Pedoman Tata Cara Pencantuman Harga Eceran Tertinggi Pada Label Obat.
Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu, Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah, No: 411.3/1116/SJ, Tanggal 13 Juni 2001.
Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2014; Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010.
Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pembinaan Pos Pelayanan Terpadu.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022; Permendagri Nomor 13 Tahun 2024.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2017 tentang Cara Pembuatan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga Yang Baik.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 tahun 2020.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 82 Tahun 2015.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 99 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 61 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/Menkes/Per/III/2007 tentang Apotek Rakyat.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/Menkes/Per/III/2007 tentang Standar dan Persyaratan Apotek Rakyat.
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 317/MENKES/PER/III/2010, Pasal 3
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Wisata Medis.
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaran Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 84 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.
Peraturan Menteri Pertanian Nomor 50/Permentan/OT.140/10/2006.
Peraturan Pemerintah (PP) No. 82 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik.
Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 37 Tahun 2023: Pengelolaan Transfer ke Daerah.
Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik.
Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.
Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.
Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik
Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2005 tentang Keamanan Hayati Produk Rekayasa Genetik.
Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020.
Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan.
Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024, pasal 655.
Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.
Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007.
Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007.
Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009.
Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Tradisional.
Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE).
Peraturan Presiden No.75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Bidang Usaha Penanaman Modal.
Peraturan Presiden Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Badan Usaha yang Terbuka dengan Persyaratan di Bidang Penanaman Modal.
Peraturan Presiden Nomor 49 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Bidang Usaha Penanaman Modal
Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Komite Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza.
Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021.
Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Kerjasama Daerah dengan Daerah Lain.
Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2020.
Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2024.
Peraturan Presiden Republik Indonesia No 12 Tahun 2013.
Peraturan Presiden RI Nomor 48 Tahun 2023 tentang Pengakhiran Penanganan Pandemi COVID-19.

Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 007/PUU-III/2005.
Surat Edaran Direktorat Jenderal Farmasi Nomor HK.02.01/MENKES/1048/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas D Pratama, Puskesmas, dan Klinik, serta Pelaporan Indikator Nasional Mutu Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/455/2020.
Surat edaran Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/847/2021 tentang Digitalisasi Dokumen Kesehatan bagi Pengguna Transportasi Udara yang Terintegrasi dengan Aplikasi PeduliLindungi.
Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. HK.02.01/Menkes/381/2020.
Surat Edaran No. HK 02.01/Menkes/11/2021
Surat Edaran Nomor Hk.02.01/MENKES/1048/2023.
Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 567/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk NAPZA.
Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.
Undang-undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
Undang-undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.
Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.
Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.
Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

Laman Daring

"Depkes: 4 Kasus Lumpuh Layuh di Sukabumi Positif Polio", *detiknews.com*, edisi 11 Mei 2005, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-358861/depkes-4-kasus-lumpuh-layuh-di-sukabumi-positif-polio, pada 10 Oktober 2024.
"Kementerian Kesehatan Apresiasi Penangkapan Pelaku Jasa Pembuatan Sertifikat Vaksin COVID-19 Ilegal", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 14

September 2021, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210914/1838480/kementerian-kesehatan-apresiasi-penangkapan-pelaku-jasa-pembuatan-sertifikat-vaksin-COVID-19-ilegal/, pada 25 Oktober 2024.

"[DISINFORMASI] Video Viral Vaksin Palsu di Bekasi Dikaitkan Vaksinasi Covid -19", *megapolitan.kompas.com*, edisi 21 Agustus 2021, diakses melalui https://megapolitan.kompas.com/read/2021/07/21/09511941/disinformasi-video-viral-vaksin-palsu-di-bekasi-dikaitkan-vaksinasi-covid?page=2 diakses pada 1 Oktober 2024.

"116,4 Juta Dosis Vaksin COVID-19 telah Didistribusikan ke Daerah", *kemkes.go.id*, edisi 24 Agustus 2021, diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/%201164-juta-dosis-vaksin-COVID-19-telah-didistribusikan-ke-daerah, pada 30 September 2024.

"4 Cara Mencegah Stunting" diakses melalui: https://upk.kemkes.go.id/new/4-cara-mencegah-stunting

"83% Tenaga Kesehatan Indonesia Mengalami Burnout Syndrome Derajat Sedang dan Berat Selama Masa Pandemi COVID-19". diakses melalui: https://fk.ui.ac.id/infosehat/banyak-tenaga-kesehatan-alami-burnout-selama-pandemi-kualitas-layanan-bisa-terdampak/

"About Us - German Medical Association", diakses melalui: https://www.bundesaerztekammer.de/en/german-medical-association

"AMA, APhA, ASHP statement on ending use of ivermectin to treat COVID-19", *ama-assn.org*, edisi 1 September 2021, diakses melalui https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/ama-apha-ashp-statement-ending-use-ivermectin-treat-COVID-19, pada 4 Oktober 2024.

"Apa itu CPAKB dan Bagaimana Proses Sertifikasinya", *mursmedic.com*, edisi 2 April 2024, diakes melalui https://mursmedic.com/apa-itu-cpakb-dan-bagaimana-proses-sertifikasinya/ pada 14 Oktober 2024.

"Apa Itu Lembaga Eijkman: Sejarah, Tugas, Fungsi & Mengapa Bubar?", *Tirto.id,* edisi 4 Januari 2022.

"Aplikasi PeduliLindungi Buat Lacak Corona Rilis di Android", *cnbcindonesia.com.,* edisi 30 Maret 2020, diakses melalui: https://www.cnbcindonesia.com/tech/20200330101520-37-148369/aplikasi-pedulilindungi-buat-lacak-corona-rilis-di-android.

"Aplikasi SMILE dari UNDP Bantu Tenaga Kesehatan Mempercepat Distribusi Vaksin di Ambon", *indonesia.un.org*, edisi 27 Januari 2022, diakses melalui: https://indonesia.un.org/id/170105-aplikasi-smile-dari-undp-bantu-tenaga-kesehatan-mempercepat-distribusi-vaksin-di-ambon, pada 1 Oktober 2024.

"Avian Influenza HPAI", diakses melalui: https://wiki.isikhnas.com/w/Avian_Influenza_HPAI, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.58.

"Banyak Negara Sudah Legalkan Ganja Medis, Saatnya Indonesia mengubah Aturan", *https://theconversation.com/,* edisi 14 Maret 2024, diakses melalui: https://theconversation.com/banyak-negara-sudah-legalkan-ganja-medis-saatnya-indonesia-mengubah-aturan-224163;

"Begini Aturan Pemakaian Masker Kain yang Benar", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 19 Januari 2021, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200609/5834051/begini-aturan-pemakaian-masker-kain-benar/, pada 23 September 2024.

"Bioteknologi: Pengertian, Sejarah, Konsep, dan Contohnya", *detik.com* diakses melalui https://www.detik.com/edu/detikpedia/d-7385992/bioteknologi-pengertian-sejarah-konsep-dan-contohnya

"Bioteknologi: Pengertian, Sejarah, Konsep, dan Contohnya", *detikEdu,* pada 13 Juni 2024, diakses melalui https://www.detik.com/edu/detikpedia/d-7385992/bioteknologi-pengertian-sejarah-konsep-dan-contohnya.

"Covid: Stok oksigen kritis, harga melambung, hingga IGD tutup, mengapa bisa terjadi dan perlukah menyetok oksigen di rumah?", *bbc.com*, edisi 7 Juli 2021, diakses melalui https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-57717843, pada 16 Oktober 2024.

"Dampak Krisis Moneter 1998: Sisi Ekonomi, Sosial, hingga Politik", *Kompas.com.,*diakses melalui https://money.kompas.com/read/2024/08/16/100451626/dampak-krisis-moneter-1998-sisi-ekonomi-sosial-hingga-politik pada 15 Agustus 2024.

"Defisit BPJS Kesehatan Diramal Bengkak Jadi Rp 28,5 T di 2019", *cnnindonesia.com.*, diakses melalui: https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20190822090846-78-423637/defisit-bpjs-kesehatan-diramal-bengkak-jadi-rp285-t-di-2019

"Desentralisasi Kesehatan Masih Setengah Hati", diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/654-desentralisasi-kesehatan-masih-setengah-hati/,pada 12 Agustus 2024.

"Ditemukan 18 Kasus Polio di Sukabumi", *detiknews.com*, edisi 6 Mei 2005, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-356269/ditemukan-18-kasus-polio-di-sukabumi, pada 10 Oktober 2024.

"Editorial: Biang Kerok Darurat Dokter", *Koran Tempo*, 8 Desember 2022.

"Editorial: Menggugat Monopoli IDI", *Media Indonesia*, 29 Maret 2022;

"Equal access to funding, Big Pharma commitments essential in global COVID-19 resilience", thejakartapost.com, edition February 3 2022, https://www.

thejakartapost.com/opinion/2022/02/03/equal-access-to-funding-big-pharma-commitments-essential-in-global-COVID-19-resilience.html

"Ganja medis: Perjuangan Santi Warastuti demi mencari pengobatan untuk anaknya" *BBC News Indonesia,* edisi 28 Juni 2022, diakses melalui https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-61956811

"Gov't to Provide Financial Incentives for Health Professionals Amid COVID-19 Outbreak", *Cabinet Secretary of The Republic Indonesia*, 21 April 2020. Diakses melalui: https://setkab.go.id/en/govt-to-provide-financial-incentives-for-health-professionals-amid-COVID-19-outbreak/ ; "COVID-19: Indonesia to Provide Financial Incentives for Front Doctors, Nuses", *The Jakarta Post*, edisi 23 Maret 2020. Diakses melalui: https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/23/COVID-19-indonesia-to-provide-financial-incentives-for-frontline-doctors-nurses.html

"Guru Besar UGM Sebut Ganja Tidak Perlu Dilegalisasi Meski Untuk Keperluan Medis", *ugm.ac.id*, edisi 6 Juli 2022, diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/22676-guru-besar-ugm-sebut-ganja-tidak-perlu-dilegalisasi-meski-untuk-keperluan-medis-p/

"Indonesia to produce 50 percent of medicine raw materials: Minister", *antaranews.com*, edisi 2 Juni 2022, diakses melalui https://en.antaranews.com/news/232217/indonesia-to-produce-50-percent-of-medicine-raw-materials-minister, pada 20 September 2024.

"Information for Overseas Doctors - NHS", diakses melalui: https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/information-overseas-doctors

"Inkonsistensi Regulasi, Pro Kontra, dan Dugaan Bisnis Tes PCR COVID-19", *kumparan.com*, edisi 8 Desember 2021, diakses melalui: https://kumparan.com/nadiautee/inkonsistensi-regulasi-pro-kontra-dan-dugaan-bisnis-tes-pcr-COVID-19-1x3cUDtqbWr, pada 8 Oktober 2024.

"Inkonsistensi Regulasi, Pro Kontra, dan Dugaan Bisnis Tes PCR COVID-19", *kumparan.com*, edisi 8 Desember 2021, diakses melalui: https://kumparan.com/nadiautee/inkonsistensi-regulasi-pro-kontra-dan-dugaan-bisnis-tes-pcr-COVID-19-1x3cUDtqbWr, pada 8 Oktober 2024.

"ITB Kembangkan Alat Multi User Ventilator", *itb.ac.id*, edisi 20 Mei 2024, diakses melalui https://itb.ac.id/berita/itb-kembangkan-alat-multi-user-ventilator/57471, pada 27 September 2024.

"ITS Ciptakan Ventilator Murah Bantu Penanganan Pasien COVID-19",*its.ac.id*, edisi 7 April 2020, diakses melalui https://www.its.ac.id/news/2020/04/07/its-ciptakan-ventilator-murah-bantu-penanganan-pasien-COVID-19/, pada 27 September 2024.

"Jenis Obat yang Diberikan Gratis Saat Isolasi Mandiri", *indonesiabaik.id*, 2021, diakses melalui: https://indonesiabaik.id/infografis/jenis-obat-yang-diberikan-gratis-saat-isolasi-mandiri, pada 3 Oktober 2024.

"Jepang Hibahkan 1,7 Miliar Yen Atasi Flu Burung di Indonesia", *antaranews.com*, edisi 20 Agustus 2007, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/74333/jepang-hibahkan-17-miliar-yen-atasi-flu-burung-di-indonesia, pada 15 Oktober 2024.

"Jepang Memberi Bantuan Kepada Pemerintah Indonesia Untuk 3 Proyek Pengendalian dan Pemberantasan Flu Burung", id.emb-japan.go.jp, edisi 12 Maret 2004 diakses melalui https://www.id.emb-japan.go.jp/news04_10.html diakses pada 15 Oktober 2024.

"Kasus Flu Burung di Indonesia Turun", *tempo.co,* edisi 29 Oktober 2008, diakses melalui: https://nasional.tempo.co/read/142909/kasus-flu-burung-di-indonesia-turun.

"Kemenkes Luncurkan Platform SATUSEHAT utuk Integrasi Data Kesehatan Nasional", *sehatnegeriku.kemenkes.go*, edisi 27 Juli 2022, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220726/5140733/kemenkes-ri-resmi-luncurkan-platform-integrasi-data-layanan-kesehatan-bernama-satusehat/

"Kemenkes Luncurkan Sijejak, Fitur Pelacakan Cepat Kontak Erat di PeduliLindungi", *sehatnegeriku.kemkes.go.id.,* edisi 12 Maret 2022, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220312/0739517/kemenkes-luncurkan-sijejak-fitur-pelacakan-cepat-kontak-erat-di-pedulilindungi/

"Kemenkes Ubah Peduli Lindungi jadi Satu Sehat", *kompas.id,* edisi 01 Maret 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/03/01/kemenkes-ubah-pedulilindungi-jadi-satusehat-mobile

"Kewenangan IDI Dinilai Terlalu Besar dalam UU Kesehatan", *Kompas.id*, 27 Maret 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/03/27/memperkuat-kewenangan-negara-di-ruu-kesehatan,

"Kolegium-Organisasi Profesi Satu Kesatuan", *Kompas.id*, 13 September 2017, melalui tautan: https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2017/09/13/kolegium-organisasi-profesi-satu-kesatuan

"Kurangi Ketergantungan Bahan Baku Impor, Kemenkes Fasilitasi Change Source Untuk maksimalkan Penggunaan Bahan Baku Obat Dalam Negeri", diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220602/1740034/kurangi-ketergantungan-bahan-baku-impor-kemenkes-fasilitasi-change-source-untuk-maksimalkan-penggunaan-

bahan-baku-obat-dalam-negeri/

"Latar Belakang Posyandu", *website* publikasi no date, diakses melalui https://posyandu.id/latar-belakang-posyandu/ pada 26 Oktober 2024 pukul 09.14.

"Masker, Oksigen, Panic Buying, dan Krisis Empati", *djkn.kemenkeu.go.id*, edisi 12 Juli 2021. diakses melalui https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-kisaran/baca-artikel/14053/Masker-Oksigen-Panic-Buying-dan-Krisis-Empati.html, pada 20 September 2024.

"Membaca Persepsi Masyarakat terhadap Vaksin COVID-19", *ugm.ac.id*, edisi 24 Maret 2021, diakses melalui: https://ugm.ac.id/id/berita/20906-peneliti-cfds-medsos-bentuk-persepsi-masyarakat-terhadap-vaksin/, pada 25 Oktober 2024.

"Mendikbudristek dan Menkes Menandatangani SKB Peningkatan Kuota Program Kedokteran dan Dokter Spesialis melalui Sistem Kesehatan Akademik". *Dirjen Dikti RI* pada 13 Juli 2022, diakses melalui https://dikti.kemdikbud.go.id/kabar-dikti/kabar/mendikbudristek-dan-menkes-menandatangani-skb-peningkatan-kuota-program-kedokteran-dan-dokter-spesialis-melalui-sistem-kesehatan-akademik/

"Mengenal Ventilator dan Kegunaannya untuk Pasien COVID-19", *cnnindonesia.com*, edisi 27 Maret 2020, diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200327113211-255-487437/mengenal-ventilator-dan-kegunaannya-untuk-pasien-COVID-19, pada 27 September 2024.

"Menkes Budi Minta Pemerintah Daerah Tidak Simpan Stok Vaksin", *sehatnegeriku.kemkes.go.id,* edisi 24 Agustus 2021, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210824/2538336/menkes-budi-minta-pemerintah-daerah-tidak-simpan-stok-vaksin/, pada 30 September 2024.

"Menkes Tekankan Pentingnya Ragam Mikronutrien bagi Ibu Hamil" diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241018/2246644/menkes-tekankan-pentingnya-ragam-mikronutrien-bagi-ibu-hamil/

"Meski ditolak MK, pemohon uji materi UU Narkotika segera mulai penelitian ganja untuk keperluan medis", *bbc.com,* edisi 20 Juli 2022, diakses melalui: https://www.bbc.com/indonesia/articles/c19m3k9wvmvo

"Misinformasi! WHO temukan vaksin COVID-19 palsu di Indonesia", *antaranews.com*, edisi 18 Agustus 2021, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/2336238/misinformasi-who-temukan-vaksin-COVID-19-palsu-di-indonesia, pada 25 Oktober 2024.

"Modul Dasar-dasar Kesehatan Reproduksi**"** diakses melalui https://ejurnal.stikeseub.ac.id/index.php/jkeb/article/view/319

"MUI tetapkan fatwa Sinovac, Wamenag: bentuk ketaatan regulasi", *antaranews.com*, edisi 11 Januari 2021, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/1939952/mui-tetapkan-fatwa-sinovac-wamenag-bentuk-ketaatan-regulasi, pada 2 Oktober 2024.

"MUI Tetapkan Vaksin COVID-19 Produksi Sinovac Halal dan Suci", *setkab.go.id*, edisi 8 Januari 2021, diakses melalui: https://setkab.go.id/mui-tetapkan-vaksin-COVID-19-produksi-sinovac-halal-dan-suci/, pada 2 Oktober 2024.

"Mulai 1 Januari 2014, Pemerintah Beri Jaminan Kesehatan 140 Juta Peserta BPJS." diakses melalui https://setkab.go.id/mulai-1-januari-2014-pemerintah-beri-jaminan-kesehatan-140-juta-peserta-bpjs/

"Musk, Health minister Launch Starlink for Health Sector", *theJakartaPost.com*, edisi May 20, 2024, diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/tranformasi-digital-kesehatan-aplikasi-peduli-lindungi-bertransformasi-menjadi-aplikasi-satu-sehat

"Pekan Imunisasi Nasional", diakses melalui: https://dinkes.malangkota.go.id/2016/02/22/pekan-imunisasi-nasional/, pada 11 Oktober 2024.

"Pemda DIY Mulai Distribusikan Vaksin COVID-19 Besok, Ini Rincian untuk Kota Yogya dan Sleman", *jogja.tribunews.com*, edisi 12 Januari 2021, diakses melalui https://jogja.tribunnews.com/2021/01/12/pemda-diy-mulai-distribusikan-vaksin-COVID-19-besok-ini-rincian-untuk-kota-yogya-dan-sleman, pada 30 September 2024.

"Pemerintah Melakukan Pengukuran dan Intervensi Serentak Pencegahan Stunting Tahun 2024", diakses melalui: https://www.kemenkopmk.go.id/pemerintah-melakukan-pengukuran-dan-intervensi-serentak-pencegahan-stunting-tahun-2024.

"Pemerintah Terbitkan Aturan Pelaksana UU Kesehatan", *Kemenkes*, edisi 30 Juli 2024. Diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/pemerintah-terbitkan-aturan-pelaksana-uu-kesehatan

"Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit Pendidikan Sebagai Penyelenggara Utama", *Sehatlah Negeriku*, edisi 27 September 2023.

"Pengawalan Distribusi Vaksin, Kesuksesan Program Vaksinasi", *pom.go.id*, edisi 29 Januari 2021, diakses melalui https://www.pom.go.id/berita/pengawalan-distribusi-vaksin-kesuksesan-program-vaksinasi, pada 29 September 2024.

"Pentingnya Menjaga Etika Profesi Kedokteran", *detik.com,* 2 April 2023 diakses melalui https://www.detik.com/edu/detikpedia/d-7385992/bioteknologi-pengertian-sejarah-konsep-dan-contohnya

"Peringatan HAN 2024 Jadi Momentum Lindungi Anak dari Stunting dan Polio" diakses melalui https://kemkes.go.id/id/peringatan-han-2024-jadi-

momentum-lindungi-anak-dari-stunting-dan-polio

"Perjuangan Transparansi Beres, Menkes Kirim 12 Virus ke WHO", *newsdetik.com.,* edisi 22 Februari 2008, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-898293/perjuangan-transparansi-beres-menkes-kirim-12-virus-ke-who; "Menkes: Kita Mau Hak, Bukan *Paring-paring*", *newsdetik.com*, edisi 14 April 2008, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-923255/menkes-kita-mau-hak-bukan-paring-paring

"Permudah Tracing, Fasyankes Kini wajib pasang QR Code *PeduliLindungi*", *kemenkes.go.id,* edisi 4 November 2021, diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/%20permudah-tracing-fasyankes-kini-wajib-pasang-qr-code-pedulilindungi.

"PIN Polio Digelar pada 27 Februari dan 12 April 2006", *antaranews.com,* edisi24 Februari 2006, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/28727/pin-polio-digelar-pada-27-februari-dan-12-april-2006.

"Polio Impor di Sukabumi", *koran.tempo.co,* edisi 9 Mei 2005, diakses melalui: https://koran.tempo.co/read/ilmu-dan-teknologi/39875/polio-impor-di-sukabumi, pada 10 Oktober 2024.

"PPDS Jalur Hospital Based Resmi DIbuka, Kuliah Gratis Hingga Bantuan Biaya Hidup Perbulan", *Kemkes.go.id*, edisi 12 Agustus 2024. Diakses melalui: https://kemkes.go.id/id/ppds-jalur-hospital-based-resmi-dibuka-kuliah-gratis-hingga-bantuan-biaya-hidup-perbulan

"Presiden Resmikan PIN Polio V di Pacitan", *antaranews.com.,* edisi 12 April 2006, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/31651/presiden-resmikan-pin-polio-v-di-pacitan.

"Press Conference: Indonesia Memanggil Dokter Spesialis WNI Lulusan Luar Negeri Dalam Program Adaptasi", Oleh *Kementerian Kesehatan RI*, 18 November 2022. Diakses melalui: https://www.youtube.com/watch?v=xmuNKIBi9-A

"Program Pendidikan Dokter Spesialis Hospital Based Dikawal Lembaga Akreditasi Global", *PERSI*, edisi 13 Mei 2024. Diakses melalui: https://www.persi.or.id/program-pendidikan-dokter-spesialis-hospital-based-dikawal-lembaga-akreditasi-global/

"Projo Bicara Mafia PCR, Dulu Tes COVID Capai Rp 2,5 Juta-Kini Rp 300 Ribu", *newsdetik.com*, edisi 28 Oktober 2021, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-5786083/projo-bicara-mafia-pcr-dulu-tes-covid-capai-rp-2-5-juta-kini-rp-300-ribu, pada 8 Oktober 2024.

"Registrasi Alat Kesehatan & PKRT Online", *regalkes.kemkes.go.id*, diakses melalui https://regalkes.kemkes.go.id/ pada 14 Oktober 2024.

"RI Stop Kirim Sampel Flu Burung ke WHO", *newsdetik.com.,* edisi 24 November

2007, diakses melalui: https://news.detik.com/berita/d-857095/ri-stop-kirim-sampel-flu-burung-ke-who.

"Ribuan Petani Demo Tolak RPP Tembakau", *umm.ac.id,* pada 3 Juli 2012, diakses melalui https://www.umm.ac.id/id/nasional/ribuan-petani-demo-tolak-rpp-tembakau.html.

"RUU Kesehatan: antara Liberalisasi Dokter dan Kepentingan IDI", *cnnindonesia.com,* 24 Agustus 2020, diakses melalui: https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200824162528-20-538737/mengenal-konsil-kedokteran-indonesia-yang-diributkan-idi-cs

"Sejarah dan Profil Eijkman, Lembaga yang Melebur ke BRIN", *cnnindonesia.com,* pada 1 Januari 2022, diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20220101170742-199-741414/sejarah-dan-profil-eijkman-lembaga-yang-melebur-ke-brin

"Sejarah Hari Posyandu Nasional Diperingati Setiap 29 April", *website* publikasi 2024, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-7314498/sejarah-hari-posyandu-nasional-diperingati-setiap-29-april pada 26 Oktober 2024 pukul 8.32.

"Sejarah IDI", *Ikatan Dokter Indonesia,* diakses melalui: https://idionline.org/site/about.

"Sejarah Kolegium Ilmu Bedah Indonesia", diakses melalui: https://kibi.or.id/home/sejarah

"Sejarah Kominfo" diakses melalui link https://www.kominfo.go.id/profil/sejarah

"Sejarah Profil Eijkman, Lembaga yang melebur ke BRIN" pada 1 Januari 2022, *cnnindonesia.com,* diakses melalui https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20220101170742-199-741414/sejarah-dan-profil-eijkman-lembaga-yang-melebur-ke-brin.

"Semakin Transparan, Masyarakat Bisa Langsung Cek Stok dan Harga Obat Lewat Farmaplus 2.0", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 5 Desember 2023, diakses melalui: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20231205/2244374/semakin-transparan-masyarakat-bisa-langsung-cek-stok-dan-harga-obat-lewat-farmaplus-2-0/, pada 4 Oktober 2024.

"Silang Sengkarut Organisasi Kedokteran", *Koran Tempo*, 18 Mei 2022.

"Sistem Informasi Perencanaan Pembangunan Daerah: E-Planning", (2021), *integraindonesia.co.id*, diakses melalui https://www.integraindonesia.co.id/e-planning/ pada 14 Oktober 2024.

"Tahap Awal Distribusi Vaksin COVID-19 Sebanyak 1 Juta Dosis, Begini Alurnya", *sehatnegeriku.kemkes.go.id*, edisi 19 Januari 2021, diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201117/0035726/tahap-awal-

distribusi-vaksin-COVID-19-sebanyak-1-juta-dosis-begini-alurnya/, pada 30 September 2024.

"Tamiflu, Obat Antivirus Nomor 1 untuk Penyembuhan Flu" *detik.com* pada 21 September 2005, diakses melalui https://news.detik.com/berita/d-445725/tamiflu-obat-antivirus-nomor-1-untuk-penyembuhan-flu

"Transaksi alkes impor turun 18 persen sejak penerapan substitusi", *antaranews.com*, edisi 21 Desember 2022, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3316238/transaksi-alkes-impor-turun-18-persen-sejak-penerapan-substitusi, pada tanggal 6 Oktober 2024.

"Transaksi alkes impor turun 18 persen sejak penerapan substitusi", *antaranews.com.* Edisi 21 Desember 2023, diakses melalui: https://www.antaranews.com/berita/3316238/transaksi-alkes-impor-turun-18-persen-sejak-penerapan-substitusi

"Transformasi Digital Kesehatan: Aplikasi Peduli Lindungi Bertransformasi Menjadi Aplikasi Satu Sehat", *dinkesjogjaprov.go.id.,* edisi 02 Maret 2023, diakses melalui: https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/tranformasi-digital-kesehatan-aplikasi-peduli-lindungi-bertransformasi-menjadi-aplikasi-satu-sehat

"Transformasi Kesehatan Nasional Lewat Ketahanan Bidang Kefarmasian: Sudah Sejauh Mana Kemandirian Indonesia?" diakses melalui https://itb.ac.id/berita/detail/58673/transformasi-kesehatan-nasional-lewat-ketahanan-bidang-kefarmasian-sudah-sejauh-mana-kemandirian-indonesia

"Transformasi Kesehatan, Menkes: Pemerintah Fokuskan Layanan Berbasis Pencegahan" Diakses melalui: https://setkab.go.id/transformasi-kesehatan-menkes-pemerintah-fokuskan-layanan-berbasis-pencegahan/

"Tren Kasus Malaria Menurun", *sehatNegeriku" Sehatlah Bangsaku,* pada 23 April 2021, Diakses melalui https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210423/3337549/tren-kasus-malaria-menurun/#:~:text=Pada%202010%20kasus%20positif%20malaria,dan%202020%20mencapai%200%2C87.

"Uji Formil dan Uji Materi UU Kesehatan", *kompas.id* 3 Agustus 2023, diakses melalui https://www.kompas.id/check?next=/baca/opini/2023/08/01/uji-formil-dan-uji-materi-uu-kesehatan

"UNDP, WHO dan IOM salurkan 33 ventilator untuk Indonesia", *antaranews.com*, edisi 1 Juni 2020, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/1528160/undp-who-dan-iom-salurkan-33-ventilator-untuk-indonesia, pada 28 September 2024.

"Wabah Polio Meluas", *koran.tempo.co,* edisi 9 Mei 2005, diakses melalui: https://koran.tempo.co/read/nusa/39901/wabah-polio-meluas; pada 10 Oktober 2024;

"Kasus Polio Sukabumi Bukti Keberhasilan Pemerintah, diakses melalui: https://www.liputan6.com/news/read/100879/kasus-polio-sukabumi-bukti-keberhasilan-pemerintah, pada 10 Oktober 2024.

"WHO Mendukung Reformasi Ambisius Akun Kesehatan Nasional" diakses melalui:https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/31-03-2024-who-supports-ambitious-national-health-account-reforms

"Buntut Konflik Dokter Terawan", *Majalah Tempo*, edisi 2 Oktober 2022. https://majalah.tempo.co/read/nasional/167086/dokter-radiologi-tak-bisa-praktik-akibat-konflik-organisasi

"Pendulum kewenangan Kedokteran Indonesia", *Kompas.id*, edisi 14 April 2023, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/opini/2023/04/13/pendulum-kewenangan-"PSBB Hingga PPKM, Kebijakan Pemerintah Menekan Laju Penularan COVID-19", *Kompaspedia*, edisi 1 Agustus 2021.

Antonius Purwanto, "Hari Dokter Nasional: Sejarah, Kiprah, dan Perkembangan Dokter di Indonesia", *kompaspedia,* 23 Oktober 2020, melalui link https://kompaspedia.kompas.id/baca/paparan-topik/hari-dokter-nasional-sejarah-kiprah-dan-perkembangan-dokter-di-indonesia

Banyak Negara Sudah Legalkan Ganja Medis, Saatnya Indonesia mengubah Aturan", *https://theconversation.com/,* edisi 14 Maret 2024, diakses melalui: https://theconversation.com/banyak-negara-sudah-legalkan-ganja-medis-saatnya-indonesia-mengubah-aturan-224163

Biro OSDM Kemenkes RI, "SIMKA & SIMPEG", diakses melalui https://ropeg.kemkes.go.id/osdm/web/aplikasi

CNN Indonesia "KPK: Kerugian dari Fraud di Bidang Kesehatan Sekitar Rp20 Triliun" https://www.cnnindonesia.com/nasional/20240920023933-12-1146260/kpk-kerugian-dari-fraud-di-bidang-kesehatan-sekitar-rp20-triliun.

Dinas Kesehatan Kota Tegal, "Posyandu Manfaat dan Sejarahnya di Indonesia", *website* publikasi 2023, diakses melalui https://dinkes.tegalkota.go.id/berita/detail/posyandu-manfaat-dan-sejarahnya-di-indonesia#:~:text=Posyandu%20awalnya%20dijalankan%20oleh%20PKK,pemberian%20vitamin%2C%20dan%20penyuluhan%20kesehatan pada 26 Oktober 2024 pukul 8.20.

Dinas Perikanan dan Peternakan Pemerintah Kabupaten Banyumas, 2023, *Waspada Flu BUrung atau Avian Influenza (AI)*, diakses melalui: http://dinkannak.banyumaskab.go.id/news/45180/waspada-flu-burung-atau-avian-influenza-ai, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.45.

Dinas Perikanan dan Peternakan Pemerintah Kabupaten Banyumas, 2023, *Waspada Flu BUrung atau Avian Influenza (AI)*, diakses melalui: http://

dinkannak.banyumaskab.go.id/news/45180/waspada-flu-burung-atau-avian-influenza-ai, pada 29 Oktober 2024 pukul 11.34.

Editorial. Daniel Tjen. Health care bill, a call for specialist education reform. 2023. www.thejakartapost.com/opinion/2023/04/10/health-care-bill-a-call-for-specialist-education-reform.html.

Hreeloita Dharma Shanti, *"APKESMI: Banyaknya aplikasi digital jadi tantangan Puskesmas Indonesia"*. Pada 11 Oktober 2022, diakses melalui https://www.antaranews.com/berita/3173081/apkesmi-banyaknya-aplikasi-digital-jadi-tantangan-puskesmas-indonesia

http://www.korantempo.com/korantempo/2007/10/24/Nasional/krn,20071024,11.id.html

https://academic.oup.com/heapol/article/29/2/217/640687

https://www.antaranews.com/berita/3449268/teledentistry-jawab-tantangan-pemerataan-dokter-gigi-di-indonesia

https://antikorupsi.org/id/article/jamkesmas-hak-sehat-warga-miskin-masih-terabaikan

https://aviat.id/22-rs-di-indonesia-belum-menggunakan-simrs-sama-sekali%EF%BF%BC/

https://ayosehat.kemkes.go.id/germas

https://berita.iai.id/doa-bersama-demi-kesehatan-bangsa-nofendri-roestam-7000-lulusan-apoteker-per-tahun-terancam-oleh-task-shifting-ruu-kesehatan-obl/

https://berita.upi.edu/kontroversial-mencegah-hivaids-dengan-kondom-gratis/

https://chpm.fk.ugm.ac.id/reportase-pembiayaan-kesehatan-apakah-cukup-perspektif-akun-kesehatan-nasional/

https://databoks.katadata.co.id/ekonomi-makro/statistik/2f346ce1172215a/realisasi-penerimaan-cukai-hasil-tembakau-naik-367-pada-2020

https://desatepus.gunungkidulkab.go.id/first/artikel/3078-Posyandu-terintegrasi-program-kesehatan-jiwa-dan-penanggulangan-bunuh-diri dan https://lamongankab.go.id/beranda/puskesmas-paciran/post/5419

https://desatepus.gunungkidulkab.go.id/first/artikel/3078-Posyandu-terintegrasi-program-kesehatan-jiwa-dan-penanggulangan-bunuh-diri

https://desmacenter.com/detail-136-konsultasi-publik-kategorisasi-daya-tarik-untuk-promosi-pariwisata-kebugaran-wellness-tourism-indonesia

https://dewanpers.or.id/

https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/kegiatan-rs-online-laporan-kegiatan-rs-online

https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/mengenal-pelayanan-kesehatan-

tradisional-di-indonesia
https://diskominfo.kaltimprov.go.id/teknologi/kominfo-targetkan-jangkau-50-juta-warga-indonesia-di-2024-dalam-gnld
https://djpk.kemenkeu.go.id/?ufaq=apakah-yang-disebut-dengan-mandatory-spending
https://eastasiaforum.org/2023/09/28/indonesian-health-system-reform-no-simple-fix-for-inequity/
https://ehospice.com/international_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/
https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-5106374/5-lembaga-asing-yang-kasih-utang-ke-ri
https://fornas.kebijakankesehatanindonesia.net/topik-4-ketahanan-layanan-kia-tantangan-dan-peluang-pelayanan-kia-di-masa-pandemi-COVID-19/
https://indef.or.id/menakar-penghapusan-mandatory-spending-ruu-kesehatan/
https://indonesia.embassy.gov.au/jaktindonesian/SM06_045.html
https://jelajahekonomi.kontan.co.id/ekonomi-infrastruktur/news/inilah-transformasi-sistem-kesehatan-di-era-jokowi-untuk-layanan-kesehatan-masyarakat
https://jeo.kompas.com/20-tahun-reformasi-catatan-perubahan-indonesia-di-bidang-politik
https://jurnal.fh.unila.ac.id/index.php/fiat/article/download/808/701#:~:text=Penulisan%20kode%20diagnosis%20yang%20berlebihan,lebih%20tinggi%20dari%20yang%20seharusnya
https://kebijakankesehatanindonesia.net/19-policy-brief/policy-brief/69-kebijakan-pengendalian-tembakau-untuk-provinsi-dan-kabupatenkota-non-penghasil-rokoktembakau-di-indonesia
https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/1515-total-anggaran-kesehatan-2014-capai-37-persen-apbn
https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/98-alokasi-anggaran-untuk-kesehatan-ri-kalah-dari-negara-miskin
https://kebijakankesehatanindonesia.net/4907-arbitrase-sebagai-paradigma-baru-alternatif-penyelesaian-sengketa-dalam-sengketa-medis
https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/ayo-sehat-festival-2024-sehat-itu-gampang
https://www.kemenparekraf.go.id/berita/siaran-pers-menparekraf-wellness-tourism-kunci-pemulihan-sektor-parekraf-nasional-dan-global
https://kki.go.id/blog/read/kesepakatan-bersama-pelayanan-penerbitan-str-untuk-semua-dokter-radiologi

https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/RegulasiAllrecord
https://news.ddtc.co.id/berita/internasional/15337/negara-ini-bakal-terapkan-sin-tax-untuk-beberapa-produk
https://nasional.tempo.co/read/364088/ini-masalah-utama-pengobatan-tradisional-kita
https://nursinglicensemap.com/nursing-specialties/registered-nurse/holistic-nursing/
https://mpar.upi.edu/menjelajahi-potensi-medical-tourism-sebagai-industri-yang-berkembang-di-indonesia/
https://ombudsman.go.id/news/r/iuran-bpjs-kesehatan-tidak-pantas-naik-masyarakat-menjadi-pihak-yang-harus-menanggung-kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-ini; https://www.cnnindonesia.com/nasional/20191007174619-12-437520/kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-digugat-ke-ma;
https://periksa.id/2024/08/06/makin-andal-periksa-id-kini-sudah-bridging-dengan-rs-online/#:~:text=Sebagai%20langkah%20pemerintah%20mendukung%20digitalisasi,pasien%20yang%20ingin%20melakukan%20kunjungan
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7879649/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20140818/4510575/menkes-ungkap-berbagai-tantangan-penyelenggaraan-jkn-di-fasilitas-kesehatan-2/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20121201/126658/health-tourism-penggerak-perekonomian-kawasan-asia-pasifik/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/daerah/20170216/2119701/kesehatan-tradisional-primadona-baru-puskesmas
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20150326/1612023/program-nusantara-sehat-untuk-perkuat-pelayanan-kesehatan
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20150108/1411779/pemenuhan-infrastruktur-dalam-meningkatkan-pembangunan-kesehatan/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20170228/3219947/presiden-jokowi-saksikan-pencanangan-wajib-kerja-dokter-spesialis-dan-pembangunan-puskesmas-perbatasan/, pada 27 Oktober 2024
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20171002/4123181/124-puskesmas-dibangun-perbatasan-untuk-jamin-akses-pelayanan-bermutu/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200521/4433937/kemenkes-sarankan-masyarakat-manfaatkan-obat-tradisional/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211208/0438948/100-juta-warga-indonesia-telah-divaksinasi-COVID-19-dosis-lengkap
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230522/2543044/cegah-

kanker-pemerintah-gencarkan-program-promotif-dan-preventif/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241019/2046662/indonesia-terima-dana-hibah-pandemic-fund-untuk-penguatan-respons-pandemi/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20241020/1846667/launching-proses-bisnis-hta-untuk-layanan-kesehatan-yang-lebih-baik/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200703/1534323/orang-positif-COVID-19-berisiko-terinfeksi-dbd/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20221010/4041246/kemenkes-kembangkan-jejaring-pelayanan-kesehatan-jiwa-di-seluruh-fasyankes/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210912/3338465/kemenkes-tingkatkan-layanan-kesehatan-gigi-dan-mulut-yang-aman-dari-penularan-covid-19/_
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20240827/4846309/perkuat-intervensi-pencegahan-penyakit-kemenkes-luncurkan-laboratorium-kesehatan-masyarakat/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20241010/3446572/jaga-kesehatan-dengan-imunisasi-dan-skrining/
https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20241010/3446572/jaga-kesehatan-dengan-imunisasi-dan-skrining/
https://setkab.go.id/inilah-perpres-72-2020-tentang-penyesuaian-kembali-postur-dan-rincian-apbn-2020/
https://setkab.go.id/perpres-no-75-2019-inilah-tarif-baru-iuran-bpjs-kesehatan-yang-berlaku-per-1-januari-2020/
https://setkab.go.id/realisasi-program-pen-capai-rp7037-triliun-hingga-28-april-2022/
https://setneg.go.id/baca/index/anggaran_kesehatan_perlu_sinergi
https://smeru.or.id/id/file/5727/download?token=Htv8aNvp
https://soloabadi.com/produk-dalam-negeri-dengan-tkdn-40-wajib-digunakan/
https://theconversation.com/defisit-bpjs-kesehatan-ditutup-pajak-rokok-bisakah-berkelanjutan-94223
https://theconversation.com/mandatory-spending-kesehatan-dihapus-himpitan-antara-nasib-apbn-dan-rakyat-apa-yang-bisa-diadvokasi-210458
https://theconversation.com/uu-kesehatan-baru-apakah-penghapusan-anggaran-wajib-minimal-5-apbn-dan-10-apbd-tepat-saat-ini-209875
https://theconversation.com/uu-kesehatan-baru-pemangkasan-mandatory-spending-justru-potensial-turunkan-angka-harapan-hidup-209858
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/13/perkembangan-obat-

dan-pengobatan-tradisional-dalam-kesehatan-masyarakat-dan-pemanfaatannya-di-rumah-sakit
https://www.adb.org/id/news/adb-approves-policy-loan-support-indonesia-energy-transition
https://www.antaranews.com/berita/2333386/menilik-anggaran-sektor-kesehatan-untuk-pengendalian-COVID-19-di-2022
https://www.antaranews.com/berita/2702705/penilaian-teknologi-kesehatan-dukung-peningkatan-mutu-layanan-jkn
https://www.antaranews.com/berita/3667008/kemenkes-10-tahun-mandatory-spending-tak-jamin-kesehatan-lebih-baik
https://www.antaranews.com/berita/4100739/jokowi-terbitkan-perpres-atur-standar-layanan-rawat-inap
https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/sejarah/
https://www.biofarma.co.id/id/announcement/detail/bio-farma-perkuat-kemandirian-kesehatan-luncurkan-fasilitas-radiofarmaka-terapi-kanker-modern
https://www.cnbcindonesia.com/news/20210317183113-8-230932/2020-bpjs-kesehatan-defisit-kas-rp-636-t
https://www.cnbcindonesia.com/news/20220810102931-8-362551/ramai-berobat-ke-luar-negeri-mutu-layanan-rs-jadi-masalah
https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20230713063035-532-972826/bahaya-mandatory-spending-dihapus-dalam-uu-kesehatan
https://www.cnnindonesia.com/nasional/20230711170228-32-972196/menkes-ungkap-alasan-hapus-mandatory-spending-dalam-uu-kesehatan
https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-banjarmasin/baca-artikel/14769/Pemulihan-Perekonomian-Indonesia-Setelah-Kontraksi-Akibat-Pandemi-COVID-19.html
https://www.dw.com/id/upaya-penanggulangan-virus-flu-burung/a-2935613
https://www.ilmagiindonesia.org/profil-health-professional-education-quality-hpeq/
https://www.kebijakanaidsindonesia.net/id/49-general/1604-kebijakan-hiv-dan-aids
https://www.klikdokter.com/info-sehat/berita-kesehatan/ketahui-jenis-jenis-e-health-dan-kegunaannya?srsltid=AfmBOorxqUNbhp6457sfuFFpE6IstzMf6h1D-CIKxvK1xUXYEU_Q-V3n
https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/05/11/perluas-peran-dalam-peningkatan-kapasitas-layanan-kesehatan
https://www.kompas.id/baca/kesehatan/2021/02/09/bpjs-kesehatan-surplus-rp-

187-triliun-potensi-penerimaan-lain-perlu-dioptimalkan
https://www.liputan6.com/health/read/5259944/posyandu-makin-canggih-menkes-budi-pasok-300-ribu-antropometri
https://www.liputan6.com/health/read/5491605/capaian-transformasi-kesehatan-menkes-budi-gunadi-sadikin-sepanjang-2023?page=2
https://www.liputan6.com/health/read/5491605/capaian-transformasi-kesehatan-menkes-budi-gunadi-sadikin-sepanjang-2023?page=3
https://www.presidenri.go.id/siaran-pers/pemerintah-kucurkan-rp4051-triliun-untuk-tangani-dampak-COVID-19/
https://www.thejakartapost.com/opinion/2023/07/08/no-magic-number-for-mandatory-health-spending-amid-multiple-crises.html; https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1
https://www.tribunnews.com/nasional/2019/11/06/masyrakat-protes-iuran-bpjs-naik-100-begini-tanggapan-pemerintah
https://www.ui.ac.id/integrasi-pelayanan-kesehatan-dan-pendidikan-lewat-academic-based-health-system/
https://www.uph.edu/id/2024/06/25/menkes-budi-sadikin-ajak-mahasiswa-uph-untuk-berperan-dalam-kesehatan-masyarakat/
https://www.uph.edu/id/2024/06/25/menkes-budi-sadikin-ajak-mahasiswa-uph-untuk-berperan-dalam-kesehatan-masyarakat/
https://www.who.int/europe/emergencies/situations/COVID-19
https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/12/16/world-bank-approves-support-to-strengthen-health-insurance-improve-quality-of-health-care-in-indonesia
https://www.worldbank.org/in/news/press-release/2022/07/05/new-financing-will-support-indonesia-to-improve-and-protect-human-capital
https://www.worldbank.org/in/news/press-release/2023/10/27/indonesia-world-bank-program-to-support-more-efficient-local-government-spending.
https://www.youtube.com/watch?v=_Hvogz2OBbM
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1679/transformasi-digital-rekam-medis-manual-menuju-rekam-medis-elektronik
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1679/transformasi-digital-rekam-medis-manual-menuju-rekam-medis-elektronik.
Kemenkes Luncurkan 4 Aplikasi Bidang Kesehatan, 8 November 2018, diakses melalui https://www.kemkes.go.id/eng/%20 kemenkes-luncurkan-4-aplikasi-bidang-kesehatan
Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Kesehatan* (Jakarta: Kemenkes RI, 2022)
Kementerian Kesehatan RI, Transformasi Kesehatan 2022, diakses melalui:

https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=97A35586DE1DA123!6799&cid=97a35586de1da123&authkey=!AMqGY9ANyR-Ac8U&CT=1728100540930&OR=ItemsView

Kominfo,*"Presiden SBY tunjuk Ilham Akbar Habibie Ketua Tim Pelaksana Dewan TIK Nasional".* Pada 1 Februari 2014, diakses melalui https://www.kominfo.go.id/berita/berita-kominfo/detail/presiden-sby-tunjuk-ilham-akbar-habibie-ketua-tim-pelaksana-dewan-tik-nasional.

Laksono Trisnantoro dan Sitti Noor Zaenab. *Analisis Konteks Kebijakan*, diakses melalui: https://kebijakankesehatanindonesia.net/19-policy-brief/policy-brief?start=3, pada 18 Agustus 2024 pukul 13.30.

LAM-PTKes, "Perayaan Gemilang 10 Tahun Perkumpulan LAM-PTKes" diakses melalui link https://lamptkes.org/Berita/13efa82b039e4849bebe876417767984/Detail-Berit

Nanang Yunarto, dkk. "Mengurai Program dan Kebijakan Obat dan Alat Kesehatan" *Dokumen Rekomendasi Kebijakan,* Pusat Kebijakan Sistem Ketahanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan, diakses melalui https://simplek.bkpk.kemkes.go.id/repositori/detail/292

Sejarah - Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, diakses melalui: https://fk.ui.ac.id/sejarah.html

Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 26 Juli 2022. Diakses melalui https://yankes.kemkes.go.id/read/649/kementerian-kesehatan-launching-platform-satusehat

Wawancara dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - Sekarang, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2024/10/06/budi-gunadi-sadikin-pandemi-terkendali-transformasi-kesehatan-dipacu?utm_source=link&utm_medium=shared&utm_campaign=tpd_-_website_traffic%3Fstatus%3Dsukses_login&login=1730147550917&open_from=header_button&loc=header_button

Wawancara Khusus Harian Kompas dengan Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si.,CHFC.,CLU Menteri Kesehatan RI 2020 - sekarang, diakses melalui: https://www.kompas.id/baca/humaniora/2024/10/06/budi-gunadi-sadikin-pandemi-terkendali-transformasi-kesehatan-dipacu?utm_source=link&utm_medium=shared&utm_campaign=tpd_-_website_traffic%3Fstatus%3Dsukses_login&login=1730147550917&open_from=header_button&loc=header_button

LAMPIRAN

Lampiran 1: Daftar Narasumber

Lingkungan Kementerian Kesehatan & Ahli

No.	Lembaga/Instansi	Periode	Narasumber
1	Menteri Kesehatan RI	1998-1999	Prof. Dr. dr. Faried Anfasa Moeloek, Sp.OG(K)
2	Menteri Kesehatan RI	2004-2009	Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp. JP(K)
3	Menteri Kesehatan RI	2014-2019	Prof. Dr. dr. Nila Djuwita Faried Anfasa Moeloek, Sp. M(K)
4	Menteri Kesehatan RI	2021-2024	Ir. Budi Gunadi Sadikin, S.Si., CHFC., CLU.
5	Wakil Menteri Kesehatan RI	2021-2024	Prof. dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D.
6	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2021-2024	Kunta Wibawa Dasa Nugraha, S.E.,M.A.,Ph.D.
7	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2018-2021	drg. Oscar Primadi, MPH
8	Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan	2019-2024	drg. Murti Utami, MPH, QGIA, CGAE
9	Analis Kebijakan BKPK	2021-2024	dr. Siswanto, MHP., DTM
10	Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha Bali	(Ketua PB IDI tahun 2000-2003)	Prof. DR. dr. M. Ahmad Djojosugito, Sp.OT.MHA
11	Pelaksana Ketua Lembaga Kesehatan Majelis Ulama Indonesia (LK MUI).	Ketua Umum PB IDI tahun 2022-2025	DR. Dr. Mohammad Adib khumaidi, Sp.OT
12	Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan (Kementerian Kesehatan)	2023-2024	Drs. Bayu Teja Muliawan, SH,MPharm, MM, Apt
13	Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan	2021-2024	drg. Arianti Anaya, MKM
14	Direktur Jenderal Farmalkes Kementerian Kesehatan	2021-2024	Dr. Dra. Lucia Rizka Andalucia, Apt, M.Pharm, MARS
15	Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan	2018-2020	dr. Anung Sugihantono, M.Kes
16	Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan	2022-2024	dr. Maria Endang Sumiwi, MPH
17	Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan	2021-2024	dr. Kirana Pritasari, MQIH

18	Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan	2022-2024	Syarifah Liza Munira, SE., MPP., Ph.D
19	Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan	2022-2024	dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
20	Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan	2018-2021	Dra. Engko Sosialine, Apt., Ph.D
21	Direktur Jenderal PPM & PL	2000-2005	Prof. dr. Umar Fahmi Ahmad, MPH., Ph.D
22	Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan	2009 – 2014	Prof. Dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), MARS, DTM&H, DTCE, FISR
23	Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan	2021-2024	Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS
24	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2014-2018	Dr. dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes
25	Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	2014-2019	drg. Usman Sumantri, M.Sc
26	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2004-2007	Dr. dr. Sjafii Ahmad, MPH
27	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2010-2012	dr. Ratna Rosita, MPHM
28	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan	2012-2014	Dr. dr. Supriyantoro Sp.P, MARS
29	Anggota DPR RI	2009-2014	Dr. dr. Ahmad Nizar Shihab, Sp.An
30	Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kemenkes RI	2016-2020	dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes
31	Ketua Tim Kerja Pengendalian Penyakit Akibat Tembakau (Koordinator RSDC (Rumah Sakit Darurat COVID-19) Wisma Atlet dan RS Code)		dr. Benget Saragih, M.Epid
32	Kepala Pusat Litbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan		Dr. dr. Vivi Setyawaty, M.Biomed
33	Kepala Seksi Pengadaan pada Subdirektorat Inventarisasi Kebutuhan dan Pengadaan, Direktorat Peralatan, Deputi Bidang Logistik dan Peralatan BNPB		Pambudi Suroyo Jati, S.E
34	Deputi Bidang Penanganan Darurat BNPB		Simon Maruli

35	Pusat Data dan Teknologi Informasi	Boga Hardana, S.Si, MM,
36	Pusat Data dan Teknologi Informasi	Aang Abu Azhar, S.Kom, M.Kes,
37	Senior Health Specialist, World Bank Office	Pandu Harimukti, MPPM
38	Konsultan Ahli Medical and Health Sciences (FK-KMK UGM)	dr. Yoyo Suhoyo, M.Med.Ed. PhD
39	Konsultan Ahli Governance, Kebijakan Publik, Pemerintahan Daerah (Departemen Politik dan Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik UGM)	Prof. Dr. Purwo Santoso, M.A
40	Konsultan Ahli Manajemen Rumah Sakit (FK-KMK UGM)	Ni Luh Putu Eka Andayani, SKM, M.Kes
41	Konsultan Ahli Law and Legal Studies, Health Policy, Public Health and Health Service (FH UGM)	Dr. Rimawati, SH,M.Hum
42	Konsultan Ahli Medical and Health Sciences/ Health Information Systems (Incl. Surveillance)/ Public Health and Health Services (FK-KMK UGM)	Anis Fuad, S.Ked, DEA
43	Konsultan Ahli Disaster Health Management Division, Center for Health Policy and Management (FK-KMK UGM)	Madelina Ariani, SKM., MPH
44	Konsultan Ahli Bioteknologi (FK-KMK UGM)	Prof. dr. Gunadi, Ph.D, Sp.BA, Subsp.D.A.(K)
45	Konsultan Ahli Bioteknologi/Histologi (FK-KMK UGM)	Prof. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med.Sc., Ph.D
46	Konsultan Ahli Pembiayaan (FK-KMK UGM)	Muhamad Faozi Kurniawan, S.E., MPH
47	Konsultan Ahli Medical and Health Sciences, Quality Management, Public Health and Health Service (FK-KMK UGM)	Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua

Lampiran 2: Daftar Rumah Sakit Rujukan COVID-19

No.	Provinsi	Daftar Rumah Sakit Rujukan
1.	Aceh	RSUD Dr. Zaenal Abidin
		RSU Cut Meutia
2.	Sumatera Utara	RSUP H. Adam Malik
		RSU Djasamen Saragih
		RSU Padang Sidempuan
		RSU Kabanjahe
		RSUD Tarutung
3.	Sumatera Barat	RSUP dr. M. Djamil
		RSU Achmad Mochtar
4.	Riau	RSU Arifin Achmad
		RSUD Kota Dumai
		RSUD Puri Husada Tembilahan
5.	Kepulauan Riau	RSUD Prov. Kep. Riau Tanjung Pinang
		RSUD Embung Fatimah
		RSUD Muhammad Sani Kab. Karimun
		RS Badan Pengusahaan Batam
6.	Jambi	RSUD Raden Mattaher
7.	Sumatera Selatan	RSUP M. Husein
		RS Dr. Rivai Abdullah
		RSUD Siti Fatimah Prov. Sumsel
		RSUD Lahat
		RSUD Kayuagung
8.	Bangka Belitung	RSUD Depati Hamzah
		RSUD dr. H. Marsidi Judono
9.	Bengkulu	RSUD M. Yunus Bengkulu
		RSUD Arga Makmur
		RSUD Hasanuddin Damrah Manna
10.	Lampung	RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
		RSUD Ahmad Yani Metro
		RSUD Dr. H, Bob Bazar, SKM
		RSUD Mayken H. M. Ryacudu
11.	DKI Jakarta	RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso
		RSUP Persahabatan

		RSUP Fatmawati
		RSUD Cengkareng
		RSUD Pasar Minggu
		RS Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto
		RSPAD Gatot Soebroto
		RSAL dr. Mintoharjo
12.	Jawa Barat	RSUP dr. Hasan Sadikin
		RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu
		RS Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo
		RSUD Gunung Jati Cirebon
		RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi
		RSUD dr. Slamet Garut
		RSUD Kab. Indramayu
		RSU Tk. II Dustira
13.	Banten	RSUD Kab Tangerang
		RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang
14.	Jawa Tengah	RSUP dr. Kariadi
		RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
		RS Paru dr. Ario Wirawan
		RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
		RSUD dr. Moewardi Surakarta
		RSUD Tidar Magelang
15.	DI Yogyakarta	RSUP dr. Sardjito
		RSUD Panembahan Senopati Bantul
		RSUD Kota Yogyakarta
16.	Jawa Timur	RSUD dr. Soetomo
		RSUD dr. Soedono Madiun
		RSUD dr. Saiful Anwar
		RSUD dr. Soebandi Jember
		RSUD Kab. Kediri Pare
		RSUD dr. R. Koesma Tuban
		RSUD Blambangan
		RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo
		RSUD Dr. Iskak Tulungagung
		RSUD Sidoarjo
		RS Universitas Airlangga

17.	Bali	RSUP Sanglah
		RSUD Sanjiwani Gianyar
		RSUD Tabanan
		RSUD Kab. Buleleng
18.	Nusa Tenggara Barat	RSUD NTB
		RSUD Kota Bima
		RSUD Dr. R. Sudjono
		RSUD H. L. Manambai Abdul Kadir
19.	Nusa Tenggara Timur	RSU Prof. dr. W. Z. Johannes
		RSU dr. TC. Hillers Maumere
		RSUD Komodo Labuan Bajo
20.	Kalimantan Barat	RSUD dr. Soedarso Pontianak
		RSUD dr. Abdul Aziz Singkawang
		RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang
		RSUD dr. Agoesdjam Ketapang
21.	Kalimantan Tengah	RSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya
		RSUD dr. Murjani Sampit
		RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
22.	Kalimantan Selatan	RSUD Ulin Banjarmasin
		RSUD H. Boejasin Pelaihari
23.	Kalimantan Timur	RSUD Abdul Wahab Sjahrani
		RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo
		RSU Taman Husada Bontang
		RSUD Panglima Sebaya
		RSUD Aji Muhammad Parikesit
24.	Kalimantan Utara	RSU Kota Rarakan
		RSUD Tanjung Selor
25.	Gorontalo	RSUD Prof. dr. H. Aloei Saboe
26.	Sulawesi Utara	RSUP Prof. dr. R. D. Kandou
		RSU Ratatotok Buyat
		RSUD Kota Kotamobagu
		RSUD dr. Sam Ratulangi
27.	Sulawesi Barat	RSUD Provinsi Sulawesi Barat
28.	Sulawesi Tengah	RSUD Undata Palu
		RSU Anutapura Palu
		RSUD Kab. Banggai Luwuk

		RSU Mokopido Toli-toli
		RSUD Kolonedale
29.	Sulawesi Selatan	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo
		RS Dr. Tadjuddin Chalid, MPH
		RSUD Labuang Baji
		RSU Andi Makkasau Parepare
		RSU Lakipadada Toraja
		RSUD Kab. Sinjai
		RS Tk. II Pelamonia
30.	Sulawesi Tenggara	RS Bahtera Mas Kendari
31.	Maluku	RSUP dr. J. Leimena
		RSU Dr. M. Haulussy Ambon
		RSUD dr. P. P. Magretti Saumlaki
32.	Maluku Utara	RSUD dr. H. Chasan Boesoirie
33.	Papua	RSU Jayapura
		RSU Nabire
		RSU Merauke
34.	Papua Barat	RSUD Kabupaten Sorong
		RSUD Manokwari

Lampiran 3: Pemanfaatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri

Poin-Poin	Draft RUU Kesehatan 14 Februari 2023	UU Nomor 17 tahun 2023	Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024
Proses penyesuaian dan adaptasi	Setiap tenaga medis dan kesehatan yang merupakan diaspora Indonesia wajib mengikuti evaluasi kompetensi. Evaluasi tersebut meliputi penilaian kelengkapan administratif dan kemampuan praktik. Evaluasi tersebut dilakukan oleh Menteri yang bekerjasama dengan konsil. Bagi yang lolos dan dinyatakan kompeten selanjutnya akan mengikuti adaptasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Bagi yang dinyatakan belum kompeten maka diharuskan untuk mengikuti penambahan kompetensi melalui program *fellowship* atau pelatihan (Pasal 228)	Setiap tenaga medis dan kesehatan yang merupakan diaspora harus mengikuti evaluasi kompetensi. Kompetensi ini terdiri atas penilaian administratif dan juga kemampuan praktik. Evaluasi kompetensi akan diselenggarakan oleh menteri dengan melibatkan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, konsil, dan kolegium. Bagi yang telah dinyatakan kompeten maka akan menjalani adaptasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara bagi yang belum diharuskan mengikuti penambahan kompetensi. (Pasal 241)	Tenaga medis dan kesehatan WNI lulusan luar negeri harus menjalani evaluasi kompetensi berupa penilaian administratif dan uji kompetensi. Jika dinyatakan kompeten, mereka akan mendapat Sertifikat Kompetensi dan harus menjalani masa adaptasi selama maksimal satu tahun di fasilitas kesehatan yang ditentukan. Jika dinyatakan belum kompeten, mereka wajib mengikuti program penambahan kompetensi di institusi yang ditunjuk. Selama masa adaptasi, mereka dapat menerima insentif sesuai ketentuan. (Pasal 649, 650, 651, 652, 655)
Pengecualian	Adaptasi (termasuk STR dan SIP adaptasi) tidak berlaku bagi mereka yang lulus dari institusi pendidikan tertentu di luar negeri, telah 2 tahun praktik di luar negeri, atau ahli dalam bidang unggulan tertentu dalam bidang pelayanan kesehatan yang dapat dibuktikan dengan sertifikasi kompetensi	Evaluasi Kompetensi tidak perlu dilakukan asal yang bersangkutan merupakan lulusan dari penyelenggara pendidikan di luar negeri yang sudah direkognisi dan telah berpraktik di luar negeri minimal 2 tahun. Seorang ahli dalam bidang tertentu yang dapat dibuktikan dengan sertifikasi juga tidak perlu menjalani evaluasi kompetensi. (Pasal 243)	Tenaga medis dan kesehatan WNI lulusan luar negeri dapat dikecualikan dari uji kompetensi jika mereka adalah lulusan dari institusi pendidikan luar negeri yang diakui dan memiliki pengalaman praktik minimal 2 tahun di luar negeri, atau ahli dalam bidang unggulan tertentu dengan sertifikasi kompetensi, di mana penilaian dilakukan melalui penilaian portofolio (Pasal 652)

Lampiran 4: Daftar 44 Rumah Sakit Rujukan dalam Penanganan Flu Burung

No	Propinsi	No	Nama Rumah Sakit
1	NAD	1	RSU Dr. Zainoel Abidin
2	Sumatera Utara	2	RSU H. Adam Malik
3	Sumatera Barat	3	RSU Dr. M. Djamil
4	Riau	4	RSU Tj. Balal Karimun
		5	RSU Dumai
		6	RSU Tembilahan
		7	RSU Tj. Pinang
		8	RSU Pekan Baru
5	Kepulauan Riau	9	RSU Otorita Batam
6	Jambi	10	RSU Raden Mattaher Jambi
7	Bengkulu	11	RSU M. Yunus
8	Bangka Belitung	12	RSU Tj. Pandan
9	Sumatera Selatan	13	RSU Dr. M. Hosein
10	Lampung	14	RSU Dr. Abdul Muluk
11	DKI Jakarta	15	RSPI Prof. Suliantri Saroso
		16	RSU Persahabatan
12	Jawa Barat	17	RSU Hasan Sadikin
		18	RSU Garut
13	Banten	19	RSU Serang
		20	RSU Tangerang
14	Jawa Tengah	21	RSU Kariadi
		22	RSU Suwondo Kendal
		23	RSU Dr. Moerwadi
		24	RSU Banyumas
15	Jawa Timur	25	RSU Dr. Soetomo
		26	RSU Dr. Subandi Jember
		27	RSU Dr. Saiful Anwar
16	Daerah Istimewa Yogyakarta	28	RSU Dr. Sardjiti
17	Bali	29	RSU Sanglah
18	NTB	30	RSU Mataram
19	NTT	31	RSU Dr. WZ Johannes
20	Kalimantan Barat	32	RSU Dr. Soedarso

21	Kalimantan Timur	33	RSU Tarakan
		34	RSU Dr. Kanujoso Djawatiwibowo
22	Kalimantan Tengah	35	RSU Doris S, Palangkaraya
23	Sulawesi Utara	36	RSU Prof. RD Kandou
24	Gorontalo	37	RSU H. Aloe Saboe
25	Sulawesi Tengah	38	RSU Undata
26	Sulawesi Selatan	39	RSU Dr. Wahidin, SH
		40	RSU Andi Makkasar
27	Sulawesi Utara	41	RSU Kendari
28	Maluku	42	RSU Haulussy Ambon
29	Maluku Utara	43	RSU Ternate
30	Papua	44	RSU Jayapura

Lampiran Arsip BA. 2020 No. 140 Dokumen Flu Burung = Persiapan 44 Rumah Sakit Rujukan Dalam Penanganan Flu Burung

"Buku ini memiliki cakupan yang sangat komprehensif mengenai sejarah kesehatan dalam kurun waktu 1999-2023. Sebagian besar aspek dari bidang kesehatan ditulis dengan sangat komprehensif dan kronologis dalam buku ini."

Dr. Linda Sunarti, SS, M.Hum
Ketua Program Studi Pascasarjana Sejarah, Fakulitas Ilmu Pengetahuan Budaya - Universitas Indonesia

"Melalui analisis yang mendalam, buku ini berpotensi mengubah arah kebijakan kesehatan di Indonesia menjadi lebih baik. Inilah karya tentang sejarah yang akan bersejarah bagi kebijakan kesehatan di Indonesia, sebuah renungan tentang masa lalu, kini, dan nanti, sebuah dokumentasi tentang dilema tantangan disrupsi perjuangan dan dinamika peluang."

Prof. Dr. Dumilah Ayuningtyas, MARS
Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia

"Sangat perlu belajar dari sejarah, dan bisa digali dari arsip-arsip yang dimiliki Kementerian Kesehatan. Semoga isi buku juga dilengkapi dengan sumber-sumber dari arsip dan ilustrasi yang menarik."

Jajang Nurjaman
Arsip Nasional Republik Indonesia

"Semoga dengan terbitnya buku ini menjadikan penyusunan Kebijakan Kesehatan kedepan semakin komprehensif dan berdasar sejarah Kebijakan Kesehatan yang telah ada. Kereennn..."

dr. Bayu Chandra Cahyono, MM., CPHCM
PT. Nusantara Group Sinergi

"Adanya buku sejarah kebijakan kesehatan Nasional ini merupakan hal yang sangat bagus, yang memungkinkan kita bisa bercermin ke masa lalu terkait berbagai aspek kebijakan kesehatan. Yang menarik diantaranya adalah mengenai disrupsi kebijakan dan dilema yang dihadapi pada Periode Kedua, lesson learned yang perlu selalu diingat. Selamat buat BKPK Kemenkes yang berhasil meluncurkan buku ini!"

Dr. Irhama Hayati, S.Si., Apt., MTI
Asosiasi Analis Kebijakan Indonesia