



CENTER FOR INDONESIA'S STRATEGIC
DEVELOPMENT INITIATIVES

CISDI
CENTER FOR
INDONESIA'S STRATEGIC
DEVELOPMENT INITIATIVES



CISDI HEALTH OUTLOOK 2020

*Prioritas Kebijakan Kesehatan Indonesia 2020:
Meletakkan fondasi yang Kokoh untuk Lima Tahun ke Depan*

CISDI HEALTH OUTLOOK 2020

Prioritas Kebijakan Indonesia 2020 Meletakkan Fondasi yang Kokoh untuk Lima Tahun ke Depan

Dipublikasikan di Indonesia pada Desember 2019 oleh
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

Probo Office Park
Jl. Probolinggo No. 40C Menteng, Jakarta Pusat 10350

www.cisdi.org

Desain sampul oleh Dedi Suhendi hak cipta dilindungi.

Kecuali dinyatakan berbeda, seluruh isi laporan ini dilindungi dalam
Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Sebagian hak dipertahankan.

Cara mengutip kajian ini:
(CISDI, 2019)

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2019. **Health Outlook 2020: Prioritas Kebijakan Indonesia 2020 - Meletakkan Fondasi yang Kokoh untuk Lima Tahun ke Depan**. Jakarta: Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives.

DAFTAR ISI

Daftar Isi	ii
Daftar Singkatan	iii
Daftar Istilah	iv
Pengantar	v
Ringkasan Eksekutif	vi
Bagian 1: Selintas Pandang Kesehatan Indonesia 2014-2019	1
Bagian 2 Kesehatan Indonesia dalam Pusaran Transisi Epidemiologi dan Tantangan Struktural.....	3
Bagian 3 Pembangunan Kesehatan Indonesia 2020: Meletakkan Fondasi untuk Lima Tahun ke Depan.....	9
Referensi	16

Daftar Singkatan

AKI	Angka Kematian Ibu
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPOM	Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPPSDM	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
BPS	Badan Pusat Statistik
DAK	Dana Alokasi Khusus
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
KEK	Kurang Energi Kronik
KMP	Kemitraan Multipihak
KOMDAT	Komunikasi Data
Litbangkes	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
NHA	National Health Account
NSPK	Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
PDB	Produk Domestik Bruto
Perkeni	Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PONEK	Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
Prolegkes	Prioritas Legislasi Kesehatan
Pusdatin	Pusat Data dan Informasi
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RKO	Rencana Kebutuhan Obat
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RSMTH	Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene
SDGs	Sustainable Development Goals
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SIHA	Sistem Informasi HIV/AIDS
SIK	Sistem Informasi Kesehatan
SIP	Sisten Informasi Puskesmas
SISRUTE	Sistem Rujukan Terintegrasi
SITT	Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPM	Standar Pelayanan Minimum
TPB	Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat

Daftar Istilah

E-Catalog	Sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis dan harga barang/jasa tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah
Epidemiologi	Ilmu yang mempelajari tentang pola penyebaran penyakit atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan, serta faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keadaan tersebut
Indeks Pembangunan Manusia	Pengukuran perbandingan dari harapan hidup, pendidikan, dan standar hidup untuk semua negara
Obat formularium nasional	Daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional
<i>Out-of-pocket spending (OOP)</i>	Pembiayaan yang harus ditanggung sendiri oleh individu
<i>Clinical pathway</i>	Suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit
Pemeriksaan K4	Pemeriksaan kehamilan minimal empat kali selama masa kehamilan
Penyakit katastrofik	Penyakit yang memerlukan biaya tinggi dalam pengobatannya serta berpotensi menimbulkan komplikasi dan membahayakan jiwa
PONEK	Rumah sakit rujukan yang memberikan pelayanan 24 jam untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi
<i>Single pool</i>	Menempatkan semua jenis asuransi dalam satu wadah (<i>pool</i>), yang kemudian dibagikan antara anggota secara proporsional sebagaimana telah disetujui bersama mengenai baik premi kerugian, biaya, ataupun keuntungan
<i>Social prescribing</i>	Peresepan sosial; rujukan komunitas; cara untuk memungkinkan dokter, perawat, dan profesional perawatan primer lainnya untuk merujuk pasien ke berbagai non-klinis
<i>Telemedicine</i>	Telemedis; pemakaian telekomunikasi untuk memberikan informasi dan pelayanan medis jarak-jauh

Pengantar

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) menerbitkan **Health Outlook 2020** untuk memberi arah bagi Pemerintah sekaligus sebagai referensi bagi pemangku kepentingan lainnya dalam menentukan prioritas perbaikan kebijakan kesehatan Indonesia.

Kajian ini menilai kinerja sistem kesehatan Indonesia tahun 2019 dalam pandangan luas menurut kerangka kerja konseptual milik Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization, WHO).

Mengantisipasi terbitnya Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, CISDI merumuskan rekomendasi untuk perbaikan kebijakan yang memberi hasil cepat (*quick wins*) berdasar pengetahuan eksplisit dan implisit yang diperoleh dari pengalaman bekerja di level akar rumput sebagai mitra Pemerintah sejak tahun 2014.

Dokumen **Health Outlook 2020** ini disiapkan oleh tim yang dipimpin Yurdhina Meilissa dan terdiri dari Ika Kartika, Siska Verawati, Emmy Nirmalasari, Gatot Suarman, Olivia Herlinda, dan Egi Abdul Wahid. Diah Satyani Saminarsih mengatur luas dan kedalaman kajian. Dedi Suhendi mengatur tata letak laporan ini.

Kami memperoleh masukan dari Akmal Taher. Kami sampaikan terima kasih kepada seluruh anggota Dewan Penasihat CISDI.

CISDI bertanggung jawab penuh atas temuan, kesimpulan, dan rekomendasi yang tertulis dalam kajian ini.

Ringkasan Eksekutif

Kemajuan pencapaian target dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals, SDGs) yang ketiga berjalan lebih lambat dari yang ditargetkan. Pencapaian SDGs untuk indikator kesehatan ibu dan anak tidak berada di jalur target. Masih terdapat ketimpangan besar di dalam negeri seperti yang ditunjukkan melalui kesenjangan indikator kualitas hidup menurut provinsi dan kuintil kekayaan.

Transisi epidemiologi dan berbagai tantangan struktural lintas sektor mengancam pencapaian target sektor kesehatan di Indonesia. Perubahan iklim, globalisasi, urbanisasi, dan demografi adalah tren besar yang memaksa dunia kesehatan Indonesia berubah secara drastis. Teknologi memainkan peran dalam tingginya berita palsu dan gerakan anti-ilmu pengetahuan serta melemahnya kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Dari sisi global, keterlibatan Indonesia di panggung diplomasi kesehatan dan aliran pendanaan untuk program spesifik mempengaruhi penentuan prioritas pembangunan. Dari sisi domestik, perubahan lanskap politik dan ekonomi kesehatan berpengaruh pada reformasi pelayanan publik.

Berdasarkan temuan ini, kami merekomendasikan beberapa kebijakan kunci yang perlu segera direalisasikan pada tahun 2020. Meletakkan fondasi perbaikan pada tahun depan berarti memperbaiki enam blok pembangun sistem kesehatan secara bersamaan dan mengelola interaksi substansial yang dinamis pada setiap komponennya. Selain itu, operasionalisasi konstruksi kompleks dari keenam blok tersebut perlu memastikan keterlibatan seluruh elemen masyarakat, termasuk kaum muda dan mereka yang berisiko terpinggirkan: individu dengan disabilitas atau penyakit kronis; hidup di lokasi terpencil; terjebak dalam gangguan sosial; atau distigmatisasi dan terpinggirkan karena orientasi seksual, identitas gender, atau etnis.

Kementerian Kesehatan harus beranjak dari strategi perbaikan program vertikal yang sempit, terbuka pada pendekatan terkini yang terbukti efektif di banyak negara, dan cepat beradaptasi pada model kemitraan multipihak yang fleksibel. Kami mengusulkan pendekatan diagonal yang bertujuan menyelesaikan isu spesifik kesehatan di sepanjang kontinum melalui pendekatan sistem. Merespon secara diagonal berarti berupaya mengidentifikasi peluang baru untuk memperkuat

program kesehatan yang ada dan mengintegrasikan seluruh platform layanan yang telah tersedia, termasuk yang dimiliki sektor lain. Pendekatan semacam ini melawan perspektif tradisional yang *zero-sum*: berinvestasi pada satu isu/penyakit harus dibayar dengan mengabaikan yang lain.

Indonesia membutuhkan sistem kesehatan yang bekerja lebih efektif dan mengindahkan kemanusiaan. Pelayanan kesehatan yang baik mampu memberikan intervensi kesehatan pribadi dan masyarakat yang efektif, aman, berkualitas pada siapapun yang membutuhkan, kapan pun dan dimanapun, tanpa pemborosan sumber daya.

Tercapainya Cakupan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) mensyaratkan transformasi layanan kesehatan kesehatan primer. Transformasi dibangun dengan komprehensif berdasarkan enam blok sistem kesehatan. Pada layanan kesehatan primer, berbagai teknologi dan inovasi dengan keekonomian baik dapat dibangun. Untuk itu, layanan kesehatan primer sebagai titik kontak pertama sebagian besar penduduk dengan sistem kesehatan secara umum harus diperkuat, ditransformasi – tidak hanya dari sudut pandang teknis kesehatan, namun juga dari sudut keekonomian.

Indonesia membutuhkan lebih banyak program perlindungan dan pencegahan kesehatan. Program promotif dan preventif bisa mencegah hampir tiga juta kematian dini. Peningkatan harapan hidup lima tahun dapat menyebabkan peningkatan pada Produk Domestik Bruto (PDB) antara 0-0,58%.

Indonesia perlu memastikan layanan kesehatan hadir untuk semua. Sistem kesehatan yang berfungsi baik memastikan produksi, analisis, penyebaran dan penggunaan informasi yang andal dan tepat waktu untuk seluruh determinan kesehatan, kinerja sistem, dan status kesehatan masyarakat. Sistem kesehatan yang berfungsi baik juga menjamin akses yang adil ke produk-produk medis penting, vaksin, dan teknologi dengan kualitas, keamanan, kemanjuran, dan efektivitas biaya sesuai perkembangan terkini.

Indonesia membutuhkan sistem kesehatan yang tangguh. Sistem pembiayaan kesehatan yang kokoh sanggup mengumpulkan dana yang memadai sehingga masyarakat terlindung dari pengeluaran biaya kesehatan yang memiskinkan. Kepemimpinan dan tata kelola yang kuat memastikan tersedianya kerangka kebijakan dan pengawasan yang efektif, berorientasi pada sistem, dan mengutamakan akuntabilitas.

Prinsip membangun kesehatan Indonesia adalah lompatan kebijakan dan tata kelola yang harus mengikuti visi, bukan sebaliknya. Kajian ini juga secara khusus menggarisbawahi tiga elemen pemungkin (*enabling environment*) yang bersifat *cross-cutting* pada setiap dan keseluruhan rekomendasi: (1) keterlibatan kaum muda secara bermakna; (2) penyusunan kebijakan publik dengan proses inklusif dan berbasis fakta (*evidence-informed policy*); dan (3) perbaikan tata kelola pemerintahan secara menyeluruh.

Selintas Pandang Kesehatan Indonesia 2014-2019



Secara umum, negara berfungsi baik. Angka harapan hidup naik dari 73,19 tahun untuk perempuan dan 69,3 tahun untuk laki-laki (BPS, 2019). Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian ibu menurun dari 390/100.000 kelahiran hidup (1990) menjadi 305/100.000 kelahiran hidup (2017). SDKI juga menunjukkan penurunan drastis kematian anak di bawah 5 tahun dari 40/1.000 kelahiran hidup (2012) menjadi 32/1.000 kelahiran hidup (2017). Indeks Pembangunan Manusia Indonesia masuk ke kategori tinggi, meningkat dari 0,525 di (1990) menjadi 0,707 di 2018 (UNDP, 2019). Badan Pusat Statistik (BPS) juga menyatakan Indeks Kebahagiaan, yang mencakup kepuasan hidup (*life satisfaction*), perasaan (*affection*), dan makna hidup (*eudaimonia*) naik dari 68,28 (2014) menjadi 70,69 (2017).

Kenaikan angka harapan hidup dan penurunan angka kematian tersebut didorong oleh kemajuan ilmu medis dan perbaikan layanan kesehatan primer yang mendorong perubahan perilaku. Perbaikan praktik pemberian makan dan kesiagaan tata laksana gizi buruk menurunkan prevalensi gizi kurang (*underweight*) dari 19,6% menjadi 17,7%, prevalensi stunting turun dari 37,2% menjadi 30,8%, dan prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*) dari 12,1% menjadi 10,2% (Riskesdas, 2013, 2018). Dukungan layanan ibu hamil yang tercermin dari naiknya angka proporsi pemeriksaan kehamilan K4 dari 70% menjadi 74,1% berhasil menurunkan kasus Kurang Energi Kronis pada

ibu hamil dari 24,2% menjadi 17,3% dan proporsi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR, <2500 gram) dari 11,1% menjadi 10,2% (Riskesdas, 2013, 2018).

Namun, banyak peringatan yang menggaris-bawahi betapa Indonesia mulai tertatih-tatih mengejar target penting SDGs goal ke-3.

Angka kematian Ibu di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara, jauh dari target global SDGs untuk menurunkan AKI menjadi 183/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 dan >70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (UN, 2015). Angka kematian neonatus mengalami penurunan menjadi 15/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 tetapi masih cukup jauh dari target tahun 2024 sebesar 11/1.000 kelahiran hidup (UN, 2015).

Umur Harapan Hidup Produktif (*Healthy Adjusted Life Expectancy*) yang hanya mencapai 62,65 tahun mencerminkan beban penyakit kronis menghilangkan 8,85 tahun hidup berkualitas penduduk Indonesia. Peningkatan yang tajam tahun produktif yang hilang (*Disability-Adjusted Life Years Lost, DALYs*) dari tahun 1990 ke tahun 2017 terutama terlihat pada penyakit diabetes (157,1%), PPOK (113,9%) dan kanker paru (113,1%) (IHME, 2018). Prevalensi hipertensi naik dari 25,8% ke 34,1%. Prevalensi diabetes melitus penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan konsensus Perkeni 2011 naik dari 6,9% ke 10,9% (Riskesdas, 2013, 2018).

Gaya hidup yang tidak sehat terutama merokok dan kegemukan adalah penyebab utama dari banyak penyakit kronis yang memperpendek usia dan memperburuk kualitas hidup.

Prevalensi perokok <18 tahun meningkat dari 7,2% (2013) menjadi 9,1% (2018) akibat harga rokok yang murah (Riskesdas, 2013, 2018). Prevalensi obesitas penduduk usia di atas 18 tahun melonjak ke angka 21,8% pada 2018. Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu tahun 2016 secara nasional menunjukkan penduduk Indonesia mengonsumsi gula, natrium, dan lemak berisiko (Balitbangkes, 2016). Selain itu, urbanisasi yang mendorong gaya hidup kurang gerak (*sedentary*) berkontribusi pada peningkatan proporsi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur ≥10 tahun dari 26,1% tahun 2013 menjadi 33,5% (Riskesdas, 2013, 2018).

Permasalahan kesehatan jiwa menimbulkan beban kesehatan yang semakin besar.

Data dari Riskesdas tahun 2013 menyebut prevalensi gangguan mental emosional (gejala-gejala depresi dan ansietas) sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas. Hal ini berarti, terdapat lebih dari 14 juta jiwa penduduk Indonesia menderita gangguan mental emosional. Sementara, prevalensi gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis adalah 1,7/1000 penduduk. Artinya, lebih dari 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat (psikosis). Sayangnya, penanganan orang dengan gangguan jiwa masih kurang baik di Indonesia karena adanya stigma. Angka pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3% atau sekitar 57.000 kasus.

Populasi yang semakin menua meningkatkan permintaan layanan kesehatan khususnya untuk perawatan jangka panjang (*long-term care*). Data BPS menyebut penduduk berusia di atas 60 tahun meningkat dari ke angka 25,9 juta (2019). Konsekuensi logisnya adalah pemerintah harus menyediakan fasilitas yang ramah lansia dan menyediakan fasilitas untuk kaum difabel mengingat tingginya proporsi disabilitas pada kelompok umur ini

Hambatan akses masih terjadi, terutama di kalangan penduduk miskin.

Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya (SDKI, 2017). Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah (SDKI, 2017). Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih

tinggi dibandingkan daerah perkotaan (Riskesdas, 2018). Bila faktor ketimpangan ini diikutsertakan dalam penakaran IPM, nilai Indonesia anjok 17,4%. Padahal, rata-rata penurunan nilai IPM di negara Asia Timur dan Pasifik akibat ketimpangan hanya 16,6% (UNDP, 2019).

Masa depan bagi angka-angka tersebut tidak pasti dan akan selalu diuji.

Namun, geliat berbagai gejala (*trends and drivers*) yang menggepung Indonesia hari-hari ini dapat menjadi penanda arah. Oleh karena itu, pada bagian kedua kami akan menghadirkan konteks sosial politik dan perkembangan yang relevan bagi kajian ini untuk membantu memprediksi ke mana dunia kesehatan Indonesia mengarah.

Kesehatan Indonesia dalam Pusaran Transisi Epidemiologi dan Tantangan Struktural

Bagian ini akan menyadarkan kita bahwa memandang masa depan pembangunan kesehatan serta implikasinya pada masyarakat di Indonesia selalu kompleks. Bappenas (2019a) memproyeksikan derajat kesehatan terus membaik hingga tahun 2024. Namun, transisi epidemiologi dan sejumlah tantangan struktural lintas sektor mengancam pencapaian target pembangunan kesehatan. Dari sisi global, keterlibatan Indonesia di panggung diplomasi kesehatan dan aliran pendanaan untuk program spesifik mempengaruhi penentuan prioritas pembangunan. Dari sisi domestik, perubahan lanskap politik dan ekonomi kesehatan berpengaruh pada reformasi pelayanan publik.

Transisi Epidemiologi

Perubahan iklim, globalisasi, urbanisasi, dan demografi adalah tren besar yang memaksa dunia kesehatan Indonesia berubah secara drastis. Jajak pendapat yang dilakukan oleh *The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* menggambarkan kekhawatiran para praktisi kesehatan di 79 negara akan dampak krisis iklim pada resistensi antibiotik, *multi-drug-resistant tuberculosis* (MDR-TB), *emerging infectious disease* dan penyakit tidak menular. Krisis iklim diperkirakan akan membunuh 250.000 orang per tahun di seluruh dunia karena panas ekstrim, banjir, dan badai menyebabkan naiknya kasus gizi buruk, malaria, demam dengue, dan diare. Krisis iklim akan merugikan dunia \$2-4 miliar/tahun pada 2030 (Marzouk et.al., 2019).

Urbanisasi memicu masalah akibat padatnya permukiman, tingginya polusi udara, terbatasnya ketersediaan air minum perpipaan dan sanitasi serta melebarnya kesenjangan akses layanan bagi mereka yang tinggal di pinggiran kota. Sebanyak 87,1% dari responden menyatakan pemerintah dan lembaga donor tidak berinvestasi cukup besar untuk mengantisipasi transisi epidemiologi yang akan terjadi dalam 25 tahun ke depan (Marzouk et.al., 2019).

Teknologi memainkan peran dalam tingginya penyebaran berita palsu (hoaks) dan gerakan anti-ilmu pengetahuan serta melemahnya kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Deloitte Indonesia, Bahar Law Firm, dan Chapters Indonesia (2019), sebanyak 51,06% masyarakat

mencari informasi kesehatan melalui internet sehingga hoaks mudah menyebar. Dalam beberapa tahun terakhir, misinformasi vaksin menyebabkan angka Cakupan Imunisasi Semesta (*Universal Child Immunization*, UCI) turun dari 59,2% ke 57,9% dan menyebabkan Indonesia kehilangan status bebas campak dan polio (Risksdas, 2013, 2018). Sementara itu, 14,05% masyarakat mencari informasi kesehatan juga menggunakan internet untuk melakukan konsultasi dengan ahli kesehatan. Ceruk permintaan ini diisi oleh sektor swasta seperti AloDokter, GO-MED, Klik Dokter, serta K24 Klik tanpa kejelasan mekanisme akreditasi dan sertifikasi (*credentialing*) dari Kementerian Kesehatan.

Desakan Global

Menyadari ancaman kesehatan tidak pernah mengenal batas negara, Indonesia yang sebelumnya dipandang berorientasi ke dalam (inward-looking), kini menunjukkan keterlibatan aktif dalam panggung kesehatan global (Adisasmito, 2019; Irwin, 2010). Setelah menduduki kursi kepemimpinan di Global Fund (2013), United Nations Secretary General's High-level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda (2015), Global Health Security Agenda (2016), Indonesia kini mempromosikan visi Indo-Pasifik sebagai tindakan kolektif dalam mengatasi masalah kesehatan trans-nasional.

Accra Agenda for Action sejak 2008 telah menegaskan desakan global terhadap *country ownership over health*, namun mekanisme harmonisasi, penyelarasan dan koherensi prioritas donor dengan kebutuhan nasional masih menjadi isu penting (Sridhar, 2009). Meskipun donor pada saat ini hanya mendanai 1% dari total pembiayaan kesehatan, dependensi Pemerintah tinggi pada beberapa komponen pembiayaan vertikal seperti pelacakan kasus dan pengadaan Obat Anti-TB (OAT) lini kedua bagi pasien MDR-TB, mobile VCT (Voluntary Counselling and Testing) dan distribusi kondom untuk kelompok berisiko HIV/AIDS, manajemen rantai beku (coldchain) dan pengadaan vaksin baru, serta komunikasi perubahan perilaku untuk program gizi (Bank Dunia, 2017). 2016). Terbatasnya skema pembiayaan horizontal dari donor melemahkan sinyal akan pentingnya

pendekatan sistem dalam membangun kapasitas nasional jangka panjang (Sridhar, 2009). Selain itu, tanpa kemandirian teknis nasional, transisi dari pembiayaan bersumber donor seperti Gavi dan Global Fund yang akan terjadi dalam waktu dekat berpotensi mengganggu keberlanjutan perbaikan yang telah dihasilkan (Bank Dunia, 2017).

Urusan Domestik yang Belum terselesaikan

Indonesia telah melintasi spektrum kede-wasaan berpolitik dalam beberapa dekade terakhir di luar dari kekhawatiran yang berkembang belakangan ini mengenai fungsi negara yang semakin lemah dalam menangani persoalan sosial. Peralihan otoritas dari Presiden kepada parlemen mempengaruhi relasi kuasa penentuan arah kebijakan kesehatan. Tantangan reformasi kesehatan saat ini adalah menyeimbangkan komitmen reformasi di tingkat Presiden dengan kinerja perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang efektif di lapangan. Dalam praktiknya, parlemen memiliki kekuasaan yang lebih besar dalam menentukan reformasi kesehatan tertentu. Menteri kunci yang terkait kesehatan menjadi jabatan politik dan lebih banyak diambil dari partai politik untuk mendapatkan dukungan parlemen (TEMPO, 2019).

Sebagai akibatnya, setiap Kementerian dapat beroperasi menurut agenda masing-masing dan tidak menjalankan visi besar Presiden di tingkat nasional. Salah satu contoh klasik dari ketidaksinambungan ini adalah konflik antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, dan Kementerian Perindustrian mengenai kebijakan cukai hasil tembakau. Kementerian Kesehatan berfokus pada penurunan prevalensi perokok pemula untuk mendukung komitmen Presiden di bidang pembangunan manusia, sementara Kementerian Keuangan lebih mementingkan penerimaan negara dari cukai dan Kementerian Perindustrian menginginkan keberlangsungan industri rokok (CISDI, 2019a). Oleh karena itu, Presiden kesulitan untuk melakukan reformasi kebijakan berwawasan kesehatan (*health in all policies*) yang sistematis dan komprehensif.

Desentralisasi serta otonomi daerah yang menggerakkan pendulum kekuasaan atas urusan pembangunan kesehatan dan fiskal dari Pusat ke Daerah memicu persoalan akuntabilitas dan fragmentasi. Terdapat

ketidaksinambungan antara pernyataan reformis di tingkat Presiden dan Menteri dengan kenyataan pada tingkat pemerintahan yang lebih rendah. Selain itu, fungsi utama provinsi sebagai Wakil Pemerintah Pusat (*inter-mediate government*) sering hilang dalam konstruksi tata kelola pembangunan daerah. Di tingkat kabupaten/kota, kewajiban untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) pada sejumlah paket layanan kesehatan dan keharusan merujuk pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) dalam pelaksanaan masih diabaikan (Aswicahyono, 2017).

Seluruh elemen ini menyebabkan layanan publik sebagai tanda hadirnya negara (*state in practice*) tidak terasa hingga level keluarga. Misalnya, kurang dari 0,1% bayi di bawah dua tahun memiliki akses secara simultan ke seluruh layanan dasar untuk tumbuh kembang walaupun Peraturan Presiden mengenai Gerakan Nasional Percepatan Gizi telah terbit sejak tahun 2013 (Bappenas, 2013; Bank Dunia, 2018). Kejadian Luar Biasa (KLB) kekurangan gizi di Asmat juga menunjukkan bahwa pemerintah daerah tidak memiliki kapasitas berinovasi, mengelola manajemen fiskal, dan/atau otoritas yang memadai untuk memanfaatkan ruang pengambilan keputusan yang dimilikinya (KOMPAS, 2018).

Platform kemitraan multipihak masih bersifat formalitas dan belum meningkatkan partisipasi bermakna, terutama bagi masyarakat sipil. Padahal, keragaman permasalahan kesehatan antar daerah membutuhkan kemitraan pengetahuan, standarisasi, dan pelaksanaan yang efektif sebagai wadah berbagi keahlian, pengalaman, teknologi, dan pendanaan. Selama ini, kelembagaan KMP di Indonesia berisiko sekedar menjadi pencitraan atau alat satu pihak karena: (1) kurangnya kepercayaan antar lembaga; (2) perbedaan ekspektasi mengenai fungsi dan manfaat KMP; (2) tidak ada mekanisme yang mewajibkan keterbukaan, inklusivitas, dan akuntabilitas (Bappenas, 2019b). Forum yang menjadi garda masukan para pihak, termasuk warga atau komunitas terdampak, terbatas efektifitasnya karena ketidaktahuan masyarakat tentang hak mereka di bidang layanan kesehatan (Bennouna, 2018).

Asimetri informasi adalah karakteristik khusus pasar layanan kesehatan yang menuntut campur tangan Pemerintah untuk menutup kesenjangan informasi. Peran Pemerintah menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran dapat membantu masyarakat menyuarkan hak dan menilai kualitas layanan kesehatan

yang diterimanya. Selain itu, ketiganya juga dapat melindungi sistem dari kegagalan pasar (*market failure*) akibat risiko moral (*moral hazard*) yang dilakukan tenaga kesehatan maupun pasien (Akerlof, 1970).

Dalam praktiknya, SPM baru berfungsi sebagai wajah kinerja daerah. Komitmen pemerintah menghilangkan aspek *hold harmless* sehingga menjamin alokasi transfer ke daerah terus naik, melemahkan fungsi SPM sebagai insentif penganggaran berbasis kinerja (*performance-based budgeting*) (Kemenkeu, 2019). Penandaan anggaran (*budget tagging*) untuk paket pelayanan dasar minimal bidang kesehatan belum dipakai untuk menilai kepatasan realisasi anggaran dibanding hasil capaian program kunci (Bank Dunia, 2018; Kementerian Keuangan, 2019).

Program Legislasi Kesehatan untuk penerbitan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran dan *clinical pathway* nasional berjalan lambat. Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPermenkes) tentang penanggulangan gangguan penglihatan, kanker, jantung dan pembuluh darah, serta rehabilitasi medis masih berada dalam pembahasan walaupun urgensinya tinggi karena mendominasi klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) (Mundiharno, 2019). Akibatnya, debat pembatasan layanan JKN untuk mengatasi defisit dan dugaan kecurangan (*fraud*) yang dilakukan tenaga kesehatan mengulir tanpa dasar.

Penguatan paket pelayanan dasar minimal bidang kesehatan terkendala kesiapan sisi suplai. Saat ini, Indonesia memiliki 1.530.696 tenaga kesehatan, melewati ambang rasio tenaga kesehatan ideal untuk mencapai *goal* SDGs ke-3 sebesar 4,45/1.000 penduduk (SISDMK, 2019). Namun, persoalan maldistribusi menyebabkan 60% tenaga kesehatan terkonsentrasi di pulau Jawa dan Bali. Walaupun rasio dokter berbanding Puskesmas naik dari 1,99 (Rifaskes 2011) menjadi 2,08 dokter per puskesmas (Risnakes 2017), provinsi-provinsi dengan rasio terbaik berada di wilayah barat Indonesia. Sebanyak 1.513 (15%) dan 4.561 (45,53%) Puskesmas tidak memiliki dokter dan dokter gigi meskipun Kementerian Kesehatan telah menginisiasi program Nusantara Sehat sejak 2015 (SISDMK, 2019). Bila dilakukan analisa secara komposit untuk seluruh jenis tenaga, maka hanya 0,5% puskesmas non rawat inap dan 1,4% puskesmas rawat inap di puskesmas perkotaan yang memenuhi standar Permenkes No. 75 tahun 2014 (Risnakes, 2017).

Keputusan Pengujian Undang-undang (Judicial Review) Mahkamah Agung No. 62/P/HUM/2017 yang menganulir Peraturan Presiden (Perpres) No.4 tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis memberi tantangan baru dalam pemenuhan pelayanan spesialisik. Selain itu, moratorium kebijakan pengangkatan Aparatur Sipil Negara (ASN) untuk profesi selain dokter, perawat, dan bidan memperparah kesenjangan antara ketersediaan tenaga farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, analisis lab dan gizi dengan kebutuhan di Puskesmas. Akibatnya, 66% tenaga kesehatan terpaksa melakukan tugas di luar kompetensi utamanya dan 95,9% tenaga kesehatan mendapatkan tugas ganda (Risnakes, 2017).

Peningkatan suplai tenaga kesehatan di Indonesia adalah buah dari kebijakan “mencetak sebanyak-banyaknya” pada beberapa dekade terakhir. Tantangan saat ini adalah memastikan kualitas lulusan. Hasil tes kompetensi 2015-2017 untuk dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat tidak mencapai lebih dari skor 80% dari yang dipersyaratkan. Selain itu, hanya 1,5% dari institusi kebidanan dan 2,7% dari institusi keperawatan berakreditasi tinggi. Pada fakultas kedokteran dan kedokteran gigi, levelnya masing-masing adalah 63% dan 48%, yang menunjukkan disparitas kualitas yang besar antar-institusi. *In-service training* untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan sangat minim. Sepanjang 2015-2016, hanya 30,1% penyedia pelayanan kesehatan dan staf pendukung yang mendapatkan pelatihan layanan kesehatan atau manajemen (Risnakes, 2017).

Kerangka regulasi yang mengatur sistem pendidikan kedokteran sesungguhnya telah tersedia pada Undang-undang No. 20 tahun 2013. Namun, implementasi dari UU tersebut masih terkendala karena berbagai permasalahan menyangkut profesi dan organisasi. Hal ini menghambat implementasi dari transformasi layanan kesehatan primer secara utuh dan menyeluruh.

Kompetensi tenaga kesehatan untuk merespon dengan benar pertanyaan dalam bentuk sketsa prosedural (*procedural vignettes*) tindakan medis tidak meningkat signifikan (Diana, et.al., 2015). Bank Dunia menyebut 32,6% bidan, 27,6% dokter, dan 27,1% perawat tidak memberikan asuhan sesuai prosedur (Tandon, et.al., 2016). Hal ini menyebabkan 25% diagnosis yang seharusnya bisa ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) justru dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat

Lanjut (FKTL).

Selain itu, peningkatan jumlah fasilitas kesehatan tidak diikuti oleh perbaikan kualitas layanan. Rasio Puskesmas berbanding kecamatan secara Nasional adalah 1,39 (Kemenkes, 2019). Namun, semenjak tahun 2015 sampai dengan 2018, hanya 4.769 (48%) Puskesmas dan 14 klinik swasta yang telah terakreditasi (Komisi Akreditasi FKTP, 2019). Tidak satupun Puskesmas di Indonesia mampu memenuhi ke-38 indikator kesiapan layanan (*service readiness*) dengan disparitas nyata antar daerah. Puskesmas di DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Jawa Tengah mampu memenuhi 80% dari 38 indikator, sementara di Papua dan Maluku hanya setengahnya (Tandon, et.al., 2016).

Jumlah Rumah Sakit yang tumbuh rata-rata 147 per tahun tidak menyokong pertumbuhan rasio tempat tidur rumah sakit per kapita (*beds per capita*) yang stagnan di angka 1,07/1.000 penduduk, lebih rendah dari standar WHO sebesar 2,5/1.000 penduduk (Tandon, et.al., 2016). Jumlah admisi pasien RS baru mencapai 1,9/10.000 penduduk dan rata-rata tingkat hunian rumah sakit (*Bed Occupancy Rate, BOR*) RS baru 65% akibat kendala biaya transportasi, tidak adanya informasi sistematis mengenai ketersediaan tempat tidur di RS swasta dan maldistribusinya dibanding letak pemukiman warga. RS Kabupaten/Kota yang mampu PONEK baru mencapai 25% dan kesiapan pelayanan PONEK di RS pemerintah baru mencapai 86%. Kemampuan Rumah Sakit dalam transfusi darah secara umum masih rendah (kesiapan rata-rata 55%), terutama komponen kecukupan persediaan darah (41% RS Pemerintah dan 13% RS Swasta).

Isu ketersediaan data yang berkualitas dan tepat waktu membuat Sistem Informasi Kesehatan (SIK) tidak dapat menunjang proses pengambilan keputusan. Data kesehatan terfragmentasi karena lemahnya kinerja Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Pusat Informasi di masing-masing Direktorat teknis dan Badan Penelitian, serta Pengembangan Kesehatan (Litbangkes). Akibatnya, setiap program memiliki basis data yang berdiri sendiri dan menyulitkan ketika pengguna memerlukan informasi komposit yang harus merelasikan dua atau lebih basis data. Kondisi ini juga mengakibatkan rasio beban administrasi di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi besar sehingga menghambat kinerja pelayanan publik. Selain itu, temuan anekdotal mengindikasikan bahwa sebagian waktu pemegang program Puskesmas

dihabiskan untuk pelaporan, walau data jarang digunakan untuk perbaikan kebijakan dan implementasi. Forum untuk berbagi dan mendiskusikan data yang relevan di tiap dan antar sektor juga tidak berjalan dengan efektif di semua tingkatan (Bennouna, 2018).

Rendahnya pengeluaran publik untuk kesehatan dan skema pembiayaan yang kompleks membuat *supply-side* dan *demand-side* financing berjalan kurang selaras. Dari sisi suplai, keterbatasan ruang gerak fiskal Pemerintah memaksa total pembiayaan kesehatan (*total health expenditure*) stagnan di angka 3,6% dari PDB, terhitung rendah dibanding negara di dunia dengan tingkat ekonomi setara (Tandon, et.al., 2016). Data juga menunjukkan hanya 177 dari 542 kabupaten yang benar-benar memenuhi ketentuan UU No.36 tahun 2009 untuk mengalokasikan 10% dari anggaran pemerintah daerah untuk kesehatan.

Sejak era desentralisasi fiskal, anggaran daerah untuk kegiatan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tidak memadai. *National Health Account* atau NHA (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar belanja kesehatan – yaitu 73,3% – terpakai untuk pelayanan kuratif (UKP), sedangkan upaya promotif-preventif (UKM) 9,6% dan untuk pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan – termasuk investasi fisik adalah 17,1%. *District Health Account* (2016) juga menunjukkan bahwa sebagian besar APBD-I dan APBD-II diperuntukkan bagi belanja pelayanan kuratif (UKP), belanja barang modal, dan belanja pegawai. Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 53 tahun 2017 yang bertujuan meningkatkan efisiensi alokatif (*allocative efficiency*) dari dana pajak rokok daerah untuk JKN berisiko semakin jauh memperkecil porsi alokasi upaya promotif-preventif di daerah (CISDI, 2018a).

Di sisi lain, penyaluran BOK melalui mekanisme DAK non-fisik membuat waktu realisasinya sering terlambat dan bergantung pada mekanisme anggaran daerah (Bappenas, 2019c). Temuan anekdotal di wilayah kerja Pencerah Nusantara juga menyoroti lemahnya manajemen keuangan publik (*public financial management*) di tingkat Kabupaten/Kota dan Puskesmas seperti keterlambatan realisasi, perubahan petunjuk teknis dari daerah, dan ketidaksesuaian prioritas alokasi dengan permasalahan kesehatan di wilayah kerjanya (CISDI, 2019b).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengubah dinamika pasar pelayanan kesehatan dari sisi permintaan mengalami banyak tekanan. JKN adalah sistem pembayar tunggal (*single payer*) terbesar di dunia yang mencakup 222,3 juta penduduk (per Oktober 2019, 84%). Namun, perluasan kepesertaan pekerja informal atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU) melambat (BPJS Kesehatan, 2019). Kepatuhan membayar pada kelompok mandiri diperkirakan akan terus turun dari angka 62,17% akibat penetapan iuran lebih tinggi dari kemampuan bayar (Dartanto, 2019).

Di sisi lain, utilisasi layanan kesehatan, yang tercermin dari rasio klaim, naik dari 105% (2014) ke 116% (2019) meskipun Indonesia masih terkendala keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan (*constrained demand*). Klaim BPJS untuk pembiayaan penyakit katastropik berbiaya tinggi naik dari Rp11,07 Triliun (2014) ke Rp20,42 Triliun (2018). Akibatnya, BPJS Kesehatan terancam gagal bayar dan tidak mampu menyisihkan 0,5% dari pendapatan iuran untuk biaya riset, pengembangan program dan peningkatan manfaat medis sesuai amanat Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 (Mundiharno dan Thabrany, 2012). Kementerian Keuangan memproyeksikan defisit BPJS Kesehatan akan mencapai Rp 44 Triliun pada tahun 2020 (Kemenkeu, 2019).

Rendahnya komitmen pendanaan publik untuk kesehatan membatasi efek positif JKN untuk menurunkan *out-of-pocket spending* (OOP). Pada tahun 2016 OOP tercatat angka 45,1%, hanya berkurang 6,4% dari periode pra-JKN. Angka ini relatif lebih rendah dibanding Askeskin dan Askes yang berhasil menurunkan OOP ke 34% dan 55% (CISDI, 2018). Bank Dunia (2016) mencatat 70% dari OOP dikeluarkan oleh penduduk yang memiliki asuransi dengan besaran rata-rata Rp209.576 untuk rawat jalan dan Rp 1.414.947 untuk rawat inap.

Biaya pembelian obat di Indonesia mencapai 33-44% dari total health expenditure dan *out-of-pocket spending* sebagian besar dikeluarkan untuk membeli obat di apotek swasta. Survei harga obat yang dilakukan oleh *Health Action International* menyatakan pasien di Indonesia membeli obat generik 1,34x dan obat bermerek 32,15x lipat lebih mahal dari referensi harga internasional (*International Reference Price*) di fasilitas kesehatan swasta. Penyebabnya pertama karena Kementerian Kesehatan hanya meregulasi 200-an obat generik dan

membiarkan *originator brands prices* ditetapkan sesuai mekanisme pasar tanpa *price caps*. Selain itu, sebanyak 96% bahan baku yang digunakan industri farmasi diperoleh melalui impor sehingga mengerek harga karena komponen bahan baku obat berkontribusi 25-30% dari total biaya produksi obat (Teo, 2016).

Kekurangan atau kekosongan obat/alat kesehatan di layanan kesehatan milik pemerintah disebabkan keterbatasan Puskesmas dan Dinas Kesehatan menyusun Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan mengaplikasikan *e-catalog*. Pemesanan obat yang dilakukan oleh fasilitas layanan kesehatan juga sering tidak dipenuhi. Hambatan dari perspektif pemasok (*supplier*) adalah tenggang waktu yang lama antara pemesanan dan pengiriman - dalam beberapa kasus bahkan lebih dari enam bulan, tunggakan pembayaran pembelian yang belum dipenuhi, ongkos kirim mahal, persyaratan minimal order yang tidak dipenuhi, dan obat tidak masuk dalam *e-catalog* (saat ini sekitar 8% obat formularium nasional belum masuk ke dalam *e-catalog*) (Bappenas, 2018).

Selain itu, meskipun tingkat ketersediaan telah mencapai 96,82%, obat dan vaksin belum terdistribusi merata antar-provinsi yang mencerminkan buruknya manajemen logistik obat dan vaksin. Hanya 35,15% Puskesmas dan 41,72% Instalasi Farmasi RS yang memiliki pelayanan kefarmasian sesuai standar. Penggunaan obat generik naik, tetapi penggunaan obat rasional di fasilitas pelayanan kesehatan baru mencapai 61,9%. Hal ini terutama disebabkan oleh masih rendahnya penerapan formularium dan pedoman penggunaan obat secara rasional. Di lain pihak, penduduk yang mengetahui tentang seluk-beluk dan manfaat obat generik masih sangat sedikit, yakni 17,4% di pedesaan dan 46,1% di perkotaan. Sebanyak 35% rumah tangga dilaporkan menyimpan obat termasuk antibiotik tanpa adanya resep dokter menjadi bukti rendahnya pengetahuan masyarakat tentang obat (Kemenkes, 2019).

Mendaftarkan produk farmasi baru di Indonesia dapat memakan waktu 150 hari untuk obat generik dan 300 hari untuk entitas kimia baru. Masuknya obat-obatan inovatif (*innovative medicines*) ke Indonesia sejak pertama kali dikenalkan kepada publik (*global introduction*) terlambat rata-rata 3,5 tahun, jauh dari rata-rata di negara ekonomi berkembang lainnya yang hanya 1,5 tahun. Keterlambatan ini disebabkan karena tumpukan aplikasi pendaftaran obat (*backlog of applications*) yang berakar karena

keterbatasan kapasitas dari BPOM. Indonesia tidak memiliki kontrol seberapa banyak merek produk obat yang akan dilempar ke pasaran dengan bahan aktif yang sama. Misalnya, terdapat lebih dari 700 obat lokal yang hanya mengandung Parasetamol, dibandingkan hanya 120 di Thailand dan 24 di Malaysia. Selain itu, biaya pendaftaran obat yang relatif murah dibanding EU dan Badan Pengawas Obat dan Makanan di Amerika (US FDA) menyebabkan banyak temuan anekdot mengenai duplikasi aplikasi obat generik yang sama yang datang dari pemohon yang sama, dengan hanya nama kepemilikan yang berbeda (Teo, 2016).

Penyebab kemajuan atau kemunduran pencapaian indikator kesehatan masyarakat kompleks dan berdimensi banyak. Oleh karena itu, reformasi layanan kesehatan secara struktural, menasar akar persoalan di hulu dan keunggulan (*excellence*) hingga ke hilir, menjadi kunci perbaikan kualitas hidup manusia dan bernegara, yang pada ujungnya menghasilkan produktivitas dan daya saing bangsa. Tantangannya adalah bagaimana Pemerintah bersama mitranya menggunakan sumber daya secara efektif dan strategis untuk tujuan yang beradab, yaitu untuk perbaikan kesehatan masyarakat dan pelestarian kemajuan bersama.

Pembangunan Kesehatan Indonesia 2020: Meletakkan Fondasi untuk Lima Tahun ke Depan

Tahun 2020 menjadi tahun pertama pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Pemerintah Indonesia mengarahkan prioritas pembangunan pada sumber daya manusia untuk memperkuat fondasi daya saing menuju fase negara maju yang diharapkan terjadi pada tahun 2036-2044. Pemerintah menerjemahkan visi politik ini, salah satunya, melalui peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

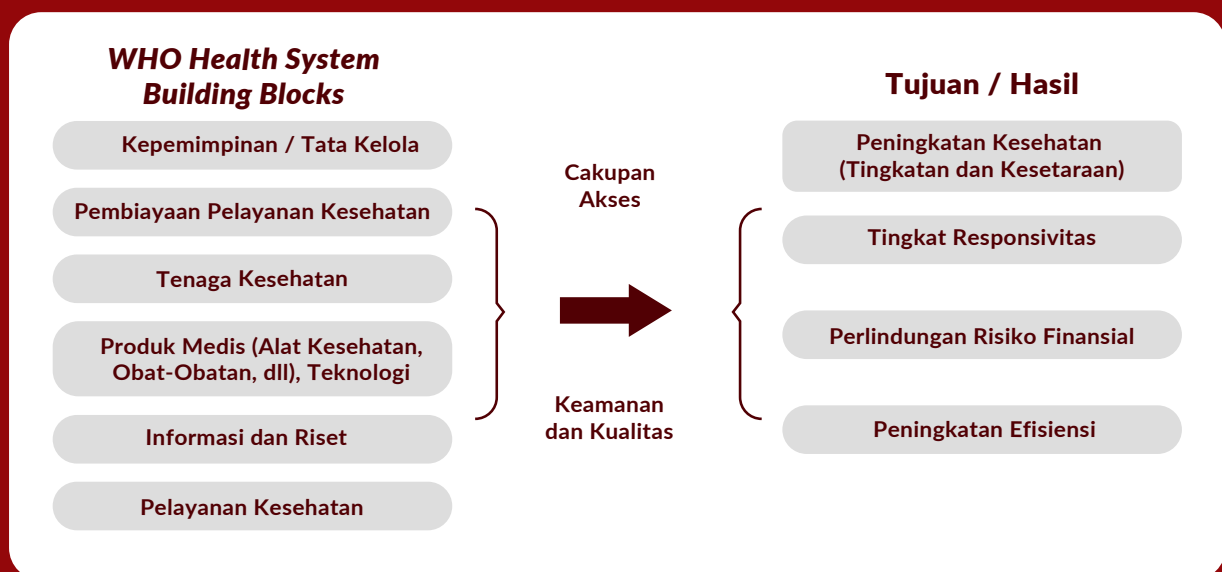
Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggambarkan sistem kesehatan sebagai bangunan berblok enam (lihat gambar 1). SDGs goal ketiga tentang *health and well-being* menargetkan tercapainya Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) melalui transformasi layanan kesehatan primer sebagai salah satu indikator keberhasilan keberlanjutan pembangunan. Demikian penting dan strategisnya UHC, sehingga WHO menempatkan tercapainya UHC sebagai salah satu dari tiga pilar utama yang bila tercapai, dinilai dapat menyelamatkan hidup tiga miliar orang lagi. Dalam konteks nasional, UU SJSN dapat dijadikan sebagai pendorong strategis, namun harus disertai dengan sistem kesehatan nasional yang tangguh, berkualitas, dan terjangkau untuk semua.

Pelayanan kesehatan yang baik mampu memberikan intervensi kesehatan pribadi dan masyarakat yang efektif, aman, berkualitas pada

siapapun yang membutuhkan, kapan pun dan dimanapun, tanpa pemborosan sumber daya. Layanan kesehatan primer sebagai titik kontak pertama sebagian besar penduduk dengan sistem kesehatan secara umum harus diperkuat, ditransformasi – tidak hanya dari sudut pandang teknis kesehatan, namun juga dari sudut keekonomian. Pada layanan kesehatan primer, berbagai teknologi dan inovasi dengan keekonomian baik dapat dibangun.

Tenaga kesehatan yang berkinerja baik dapat bekerja dengan responsif, adil, dan efisien untuk mencapai hasil terbaik di tengah keterbatasan sumber daya. Namun, harus diingat bahwa untuk mempunyai sumber daya kesehatan berkualitas membutuhkan investasi jangka panjang dan bernilai tinggi. Rancangan kerangka pembiayaan berkelanjutan untuk mencetak SDM unggul kesehatan yang menjadi penjaga kesehatan masyarakat adalah komitmen politik dan strategis yang harus dilaksanakan oleh pemerintah pusat maupun daerah.

Sistem kesehatan yang berfungsi baik memastikan produksi, analisis, penyebaran, dan penggunaan informasi yang andal dan tepat waktu untuk seluruh determinan kesehatan, kinerja sistem, dan status kesehatan masyarakat. Sistem kesehatan yang berfungsi baik juga menjamin akses yang adil ke produk-produk medis penting, vaksin, dan



Gambar 1. Kerangka Kerja Penguatan Sistem Kesehatan (WHO)

teknologi dengan kualitas, keamanan, kemandirian, dan efektivitas biaya sesuai perkembangan terkini. Kerangka regulasi yang solid menjadi salah satu tolak ukur dari ketangguhan sistem kesehatan nasional. Saat ini, kerangka regulasi yang tersedia (Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012) belum menjamin sistem kesehatan tersedia di tingkat daerah. Apabila kerangka regulasi dibuat menjadi Undang Undang, hal ini membuka kesempatan legislasi di tingkat daerah untuk memastikan adanya Sistem Kesehatan Daerah. Tersedianya Siskesnas dan Siskesda adalah contoh nyata sinergi pusat daerah dalam menentukan arah dan prioritas pembangunan kesehatan.

Sistem pembiayaan kesehatan yang kokoh sanggup mengumpulkan dana yang memadai sehingga masyarakat terlindung dari pengeluaran biaya kesehatan yang memiskinkan.

Kepemimpinan dan tata kelola yang kuat memastikan tersedianya kerangka kebijakan dan pengawasan yang efektif, berorientasi pada sistem, dan mengutamakan akuntabilitas.

Meletakkan fondasi perbaikan berarti memperbaiki enam blok pembangun sistem kesehatan secara bersamaan dan mengelola interaksi substansial yang dinamis pada setiap komponennya. Dalam perjalanan waktu, perkembangan kompleksitas tantangan kesehatan menuntut perbaikan/pembaruan cara pandang mengenai bentuk intervensi yang tepat. Kami mengusulkan pendekatan diagonal yang bertujuan menyelesaikan isu spesifik kesehatan di sepanjang kontinum melalui pendekatan sistem. Merespon secara diagonal berarti berupaya mengidentifikasi peluang baru untuk memperkuat program kesehatan yang ada dan mengintegrasikan seluruh platform layanan yang telah tersedia, termasuk yang dimiliki sektor lain. Pendekatan semacam ini melawan perspektif tradisional yang *zero-sum*: berinvestasi pada satu isu/penyakit harus dibayar dengan mengabaikan yang lain.

Kementerian Kesehatan harus beranjak dari strategi perbaikan program vertikal yang sempit, terbuka pada pendekatan terkini yang terbukti efektif di banyak negara, dan cepat beradaptasi pada model kemitraan multipihak yang fleksibel. Selain itu, operasionalisasi konstruksi kompleks dari keenam blok tersebut perlu memastikan keterlibatan seluruh elemen masyarakat termasuk kaum muda dan mereka yang berisiko terpinggirkan: individu dengan disabilitas atau penyakit kronis; hidup di lokasi terpencil; terjebak dalam gangguan sosial; atau distigmatisasi dan terpinggirkan karena seksual

orientasi, identitas gender atau etnis.

Formulasi reformasi kesehatan harus menempatkan layanan kesehatan primer sebagai ujung tombak pendekatan diagonal terhadap reformasi kesehatan nasional. Layanan kesehatan primer yang kuat memungkinkan sistem kesehatan berpihak pada kebutuhan pasien (*patient-centered care*) sehingga lebih efektif dalam penggunaan sumber daya, serta mampu meningkatkan literasi kesehatan masyarakat karena partisipasi mereka secara aktif dalam perawatan diri mereka sendiri.

Pendekatan menyeluruh memusatkan perhatian tidak hanya pada kebutuhan dan preferensi pasien (*patient-centered care*) namun juga berarti menciptakan struktur yang memungkinkan tenaga kesehatan bekerja dengan mendahulukan kesembuhan pasien yang selama ini terhalang akibat tekanan administratif, pembiayaan, dan kekosongan regulasi. Kementerian Kesehatan bersama Organisasi Profesi harus segera mengesahkan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran sebagai *golden standard* layanan medis yang berdasar bukti terkini. Peningkatan cakupan fasilitas kesehatan berakreditasi baik dengan *supply side readiness* yang tinggi, baik milik Pemerintah maupun swasta, membantu tenaga kesehatan memberikan layanan berkualitas. Selain itu, evaluator dalam proses sertifikasi tenaga kesehatan, akreditasi, dan *credentialing* fasilitas kesehatan harus dipertahankan sebagai entitas independen untuk memastikan BPJS Kesehatan mampu membeli layanan secara strategis (*strategic purchasing*) di dalam kompetisi pasar yang adil.

Dukungan terhadap tenaga kesehatan membutuhkan respon strategis jangka menengah hingga jangka panjang, namun WHO Global Strategy for Human Resources for Health mengamatkan tujuh perbaikan untuk dilakukan segera pada 2020 – tiga di antaranya perlu kerja keras. Pertama, perlu dibuat sebuah mekanisme kelembagaan inklusif yang mengordinasikan agenda tenaga kesehatan lintas sektoral dan melacak ketersediaan, distribusi, kapasitas, dan level upah. Kedua, perbaikan sistem rekrutmen berbasis kolaborasi interprofesi. Kementerian Kesehatan perlu mengusulkan revisi kebijakan untuk mengecualikan moratorium pengangkatan PNS bagi seluruh jenis tenaga kesehatan dan menetapkan Permenkes mengenai *task-shifting* demi peningkatan bauran keahlian (*skill mix*) hingga level Puskesmas. Ketiga, peningkatan investasi untuk *in-service training* dengan *e-learning* dan pengaturan standar kompetensi berbasis kinerja. BPPSDM Kementerian Kesehatan dapat mem-

percepat ketersediaan infrastruktur untuk *in-service training* melalui kerja sama dengan platform belajar milik swasta dan organisasi masyarakat sipil yang menyediakan layanan kelas virtual. Organisasi Profesi perlu segera melakukan kajian tingkat kompensasi berdasarkan performa yang sesuai untuk tenaga kesehatan sebagai dasar amandemen Kepmenkes nomor 625 tahun 2010 tentang Pedoman Remunerasi.

Kebijakan Satu Data di Kementerian Kesehatan yang mengatur mengenai metadata, standar data, dan interoperabilitas antar sistem harus masuk ke dalam Prioritas Legislasi Kesehatan (Prolegkes) 2020. Secara paralel, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) perlu memprioritaskan anggaran untuk memperkuat server dan merekrut konsultan ahli untuk membenahi interoperabilitas antar berbagai basis sistem data di tingkat direktorat teknis dan BPJS Kesehatan, seperti SIHA (Sistem Informasi HIV/AIDS), SITT (Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu), ePPGBM, Sistem Informasi Puskesmas (SIP), KOMDAT (Komunikasi Data), sistem PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), eSisMal (Sistem Informasi Malaria), P-Care, dsb. Advokasi kepada Kominfo untuk memastikan konektivitas antar layanan dapat mempercepat digitalisasi pelaporan dan catatan medis sehingga penegakan diagnosis di daerah dengan keterbatasan ahli dapat terbantu dengan *telemedicine*, pertukaran data resume medis pasien antar rumah sakit dapat terjadi secara elektronik untuk mendukung Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE), serta gambaran tren penyakit dan proyeksi kebutuhan obat dapat tersedia secara *real-time*. Permenkes No.75 tahun 2014 tentang standar jenis tenaga Puskesmas perlu direvisi dengan menambahkan tenaga pengelola sistem informasi kesehatan.

Sistem kesehatan yang berfungsi baik menjamin akses yang adil ke produk medis penting, vaksin, dan teknologi dengan kualitas, keamanan, kemanjuran, dan efektivitas biaya sesuai perkembangan terkini. Perencanaan obat, vaksin, dan alat medis lainnya harus dievaluasi untuk menilai kesesuaiannya dengan tren penyakit, sebaran penduduk, dan perkembangan penelitian terbaru. Upaya mempercepat proses pengawasan obat pre-market dapat dilakukan dengan membangun kemitraan untuk meminimalkan duplikasi kerja dari tiap Otoritas Pengaturan Obat Nasional (*National Medicines Regulatory Authority*, NMRA) di ASEAN untuk penilaian (*assessment*) obat yang sama. Mutual Reliance Agreements pada *good manufacturing*

practice (GMP) antar negara di ASEAN memungkinkan adanya pengabaian pengujian produk yang sama (*waived*) dan berbagi informasi mengenai *outcome* dan cacat kualitas (*quality defects*). Selain itu, walaupun secara teori terdapat alasan kuat untuk tidak membatasi pilihan produk dan mempermudah proses aplikasi obat baru, membatasi pendaftaran untuk obat identik dan meninjau kembali tarif pendaftaran produk farmasi akan membantu BPOM mengontrol pasar, mengurangi beban untuk memproses aplikasi, dan memusatkan perhatian pada registrasi obat-obatan inovatif (*innovative medicines*).

Menyadari bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh serangkaian faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan, pilihan untuk memasukan elemen sosial dalam peresepan (*social prescribing*) dalam manfaat JKN dapat memberi dukungan kesembuhan holistik. Inovasi ini dapat meningkatkan efisiensi pengobatan untuk masyarakat dengan masalah kesehatan mental (seperti psikosomatis, gangguan kecemasan, dan *loneliness*), kelompok rentan, orang-orang yang terisolasi secara sosial dan mereka yang memilih untuk tidak mengkonsumsi obat. *Social prescribing* membutuhkan jalur rujukan ke 'sektor ketiga' (layanan sukarela non-klinis lokal berbasis komunitas) yang memungkinkan tenaga kesehatan melakukan *co-design* resep non-klinis dengan perawatan medis bila diperlukan.

Sistem pembiayaan kesehatan yang kokoh sanggup mengumpulkan dana yang memadai sehingga masyarakat terlindung dari pengeluaran biaya kesehatan yang memiskinkan. Kementerian Kesehatan harus mengadvokasi Kementerian Keuangan untuk memanfaatkan potensi tambahan Rp200 Triliun/tahun untuk kesehatan dari *earmarked* kenaikan tarif dan simplifikasi cukai rokok yang selama ini tidak diterapkan karena alasan kekakuan anggaran (Hidayat, 2017). Padahal, terobosan ini juga berperan menutup bocor anggaran untuk pembiayaan penyakit akibat rokok yang mencapai Rp18,7 Triliun/tahun (BPJS, 2019) dan inefisiensi jejaring pengaman sosial (Dartanto, 2019).

Pendekatan penganggaran harus fokus pada program/kegiatan yang terkait langsung dengan prioritas nasional serta memberikan dampak langsung bagi masyarakat. Penganggaran *money follow program* harus mendukung perencanaan yang holistik (menyeluruh), tematik (terfokus), terintegrasi (terpadu), dan spasial (lokasi yang jelas) dalam proses penyusu-

-nan Rencana Kerja Pemerintah. Selain itu, *budget tagging* Dana Transfer ke Daerah memungkinkan Kementerian Kesehatan menilai kepatasan realisasi anggaran dengan pencapaian target-target SPM (*cost-benefit analysis*). Selain itu, dalam pola perhitungan di tengah banyaknya skema pembiayaan harus memperhatikan kemungkinan terjadinya pembiayaan ganda dari dua sumber yang berbeda.

Semakin beragamnya jenis pekerjaan di era ekonomi disruptif menuntut Pemerintah memikirkan skema iuran Jaminan Kesehatan Nasional agar lebih relevan dengan dunia kerja yang cair. Mekanisme *single pool* dalam JKN harus dipertahankan agar pembagian risiko (*risk sharing*) tetap terjadi dan mencegah terjadinya layanan kesehatan dua tingkat (*two-tier health system*) di mana peserta yang dijamin Pemerintah menikmati kualitas layanan yang berbeda dengan yang ditanggung asuransi swasta. Dilusi risiko dan biaya ini juga diperlukan JKN karena secara administratif, Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan belum mampu membuat penyesuaian iuran berdasarkan risiko (*risk-adjusted contribution*) di seluruh wilayah Indonesia. Untuk meredam efek yang tidak diinginkan dari penetapan iuran BPJS yang baru, Pemerintah dapat mempertimbangkan opsi untuk memberi subsidi proporsional pada peserta PBU yang sehat dan taat membayar iuran.

Dari sudut tata kelola, Pemerintah perlu menerapkan sistem merit dalam menata manajemen pemerintahan secara konsekuen dan tidak memanipulasinya dengan sengaja. Pendekatan kekuasaan pejabat dan tata hubungan pejabat politik dan pejabat birokrat perlu dibenahi. Dari perspektif kebijakan nasional kesehatan, hal ini berarti mengelola interaksi antara sayap politis di Kantor Sekretariat Presiden dengan sayap teknokratik di bawah koordinasi Kemenko PMK. Di tataran subnasional, amanat pembangunan kesehatan di era desentralisasi membuat mesin teknokratik Kementerian Kesehatan terbatas. Jika tidak dilindungi, maka implementasi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan akan terimbas politisasi penentuan kebijakan di daerah.

Pelaksanaan Agenda Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO – khususnya General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights serta Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores (GTRKF), Deklarasi Astana, dan General Programme of Work 13 WHO merupakan

bentuk-bentuk komitmen global yang perlu disikapi dengan serius. Minat Indonesia untuk terlibat aktif dalam forum global perlu perlu dibangun lebih luas, diiringi dengan komitmen kementerian teknis terkait serta pemangku kepentingan lain terutama dari masyarakat sipil dan sektor swasta, dibarengi dengan kapasitas diplomasi kesehatan. Melalui kerja sama dengan Kementerian Luar Negeri, Biro Kerjasama Luar Negeri perlu melatih Direktorat Teknis sebagai diplomat kesehatan agar mampu memainkan peran kepemimpinan di forum kesehatan multilateral yang kompleks.

Kebijakan global sebagai referensi bagi prioritas kebijakan nasional. Salah satu agenda penting bagi Kementerian Kesehatan adalah mengelola keterkaitan antara prioritas kesehatan global yang tercantum dalam General Programme of Work 13 WHO dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Peran WHO country office dan lembaga multilateral maupun donor untuk mengomunikasikan GPW 13 sebagai barometer sekaligus kerangka teknis pembuatan rencana strategis bidang kesehatan dan mengnyinergikan dukungannya sesuai dengan konteks dan kebutuhan nasional menjadi penting. Selain itu, pintu masuk bagi organisasi masyarakat sipil untuk mendorong akuntabilitas kerja sama antara Pemerintah dan lembaga donor harus dibuka secara formal.

Platform kemitraan multipihak di setiap tingkat Pemerintahan harus hidup untuk menggerakkan mesin birokrasi dan sosial dari tingkat nasional hingga desa. Munculnya teknologi informasi menghadirkan kesempatan dan tantangan untuk menyampaikan usulan-usulan perbaikan kebijakan dengan lebih mudah. Pemetaan kemitraan pembangunan terkini dapat memfasilitasi forum multi aktor sekaligus sebagai sarana pendidikan publik. Mengingat bahwa saat ini, 63% rumah sakit dimiliki oleh swasta (Kemenkes, 2018) perencanaan pembangunan kesehatan nasional harus memperhitungkan keterlibatan swasta di dalamnya. Demikian juga dengan daerah-daerah dengan kepadatan penduduk tinggi, layanan kesehatan yang diberikan oleh swasta di tingkat primer menjadi akses pertama yang dijangkau oleh masyarakat.

Ambiguitas berkepanjangan mengenai etis atau tidaknya memobilisasi komunitas bisnis untuk mengisi celah yang kurang dioptimalkan oleh pemerintah harus dihentikan. Jalan tengahnya tidak terletak pada tinggi mutunya peran komunitas bisnis dalam ranah publik, namun pada keberanian Pemerintah mengendalikannya komunitas bisnis untuk kepentingan sosial

dalam hal cara pandang, kepentingan, dan bahkan selera.

Kemitraan Pemerintah dengan sektor bisnis dapat menutup celah pada sisi suplai. Bentuk kemitraan antara kedua sektor tersebut bisa beragam dari mulai penyediaan sumber daya kesehatan (alat-alat kesehatan dan tenaga medis) di fasilitas kesehatan milik pemerintah, subsidi yang diberikan pemerintah kepada tenaga kesehatan di sektor swasta untuk memberikan layanan tertentu hingga kolaborasi multi pihak dalam membangun model intervensi kesehatan pada tingkat primer maupun sekunder/rujukan.

Paras masyarakat sipil Indonesia tidak akan selalu cerah. Saat ini, walaupun rakyat telah memilih pemimpin dan perwakilan secara langsung, kekhawatiran akan kekosongan keterwakilan semakin berkembang sehingga tidak ada jaminan bahwa aspirasi mereka didengarkan dan diwujudkan. Masyarakat sipil harus mampu menempatkan diri dan mencari ruang yang lebih luas untuk bertindak sebagai pengawas (*check-and-balances*) bagi pemerintah dan kelompok bisnis. Perguruan tinggi dan lembaga *think-tank* nonpemerintah harus mampu menciptakan pengetahuan, mengeksplorasi cakrawala untuk membuka berbagai kemungkinan kemajuan (*progress*), membangun kualitas kewargaan (*citizenry*), dan keadaban publik (*public civility*). Selain itu, masyarakat sipil juga harus mampu menjadi hati nurani masyarakat dengan mempengaruhi kebijakan pemerintah, mempromosikan etika dan akuntabilitas, membangun opini publik dan menghadirkan saluran kemajuan alternatif.

Penutup

Prinsip membangun kesehatan Indonesia adalah lompatan kebijakan dan tata kelola yang harus mengikuti visi, bukan sebaliknya.

Sebagai penutup, secara khusus kami menggarisbawahi tiga elemen pemungkin (*enabling environment*) yang bersifat *cross-cutting* pada setiap dan keseluruhan rekomendasi: (1) keterlibatan kaum muda secara bermakna; (2) penyusunan kebijakan publik dengan proses inklusif dan berbasis fakta (*evidence-informed policy*); dan (3) perbaikan tata kelola pemerintahan secara menyeluruh.

1. Keterlibatan kaum muda secara bermakna

Menuju 2030, hal utama dan strategis yang sering luput dari kesadaran para pemangku kepentingan adalah peran, keterlibatan, serta dampak dari pelibatan kaum muda dalam pembangunan. Pada kenyataannya, dengan populasi pemuda 60% dari keseluruhan populasi, mereka telah banyak menunjukkan kemampuan kepemimpinan, kecerdasan berinovasi dan kejelian dalam membangun dampak nyata serta positif untuk kesejahteraan publik. Dalam kerangka waktu SDGs sebelas tahun dari sekarang, kaum mudalah yang pada saat itu berada di puncak karier dan kepemimpinannya untuk menjaga agar pencapaian SDGs semakin membaik

Negara sesungguhnya mempunyai kemampuan untuk menjaring mereka yang muncul sebagai yang terbaik agar menjadi lokomotif kemajuan. Namun, hal ini menuntut kemauan politik yang sungguh-sungguh dan menyeluruh. Lebih jauh dari pelibatan yang bersifat simbolis (*tokenistic*), pelibatan kaum muda secara bermakna bisa ditunjukkan lewat keberanian pimpinan Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah untuk mempercayakan peran strategis kepada ASN muda yang kompeten dan berintegritas. Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah dapat merekrut anak muda yang potensial sebagai ASN lewat perekrutan terbuka (*open bidding*) atau dalam *Project Management Initiatives*. Selain untuk menyuntikkan spirit dan pemikiran segar ke birokrasi agar kreativitas tumbuh, inovasi muncul, dan gagasan baru dilahirkan dibutuhkan komitmen investasi jangka panjang pada kaum muda untuk memimpin dan membangun mentalitas.

2. Penyusunan kebijakan publik dengan proses yang inklusif dan berbasis fakta (*evidence-informed policy*)

Kompleksitas pembangunan kesehatan secara umum dan khususnya di tingkat nasional menuntut kebijakan pusat dan daerah yang saling melengkapi. Dibutuhkan perencanaan yang strategis, komunikasi pusat-daerah yang berjalan tanpa hambatan, konvergensi indikator target pembangunan antar sektor maupun antara tingkatan pemerintahan dan kesepahaman mengenai faktor pemungkin yang harus tersedia untuk mencapai target tersebut. Semua faktor tersebut diperlukan ada secara konsisten sejak formulasi, implementasi, hingga evaluasi kebijakan.

Untuk membuat kebijakan yang tepat sasaran, realistis, dan dapat dilaksanakan (*implementable*), pembuat kebijakan membutuhkan fakta (*evidence*) sebagai elemen utama.

Metodologi yang dikenal dengan istilah *evidence-informed policy making* secara konsisten dipakai di banyak negara dan terutama menjadi landasan pembuatan norma dan panduan teknis dari tingkat global hingga sub-nasional. Fakta yang dirujuk melalui metodologi ini dipilah dalam beberapa tingkatan hirarki dan berdasarkan tingkat kekuatannya tersebut, *evidence* dipakai dalam proses pembuatan kebijakan. Selain *evidence*, ada beberapa faktor lain yang memengaruhi pembuatan kebijakan, yaitu: opini publik, media, iklim ekonomi, infrastruktur dan sistem legislasi, ideologi politik dan prioritas, ketertarikan para pemangku kepentingan, masukan para ahli dan ketersediaan sumber daya.

Sebagai ilustrasi, 'Women, Work and Welfare in the Middle East and North Africa' (Chamlou, Karshenas, 2016) menjelaskan bagaimana fakta (*evidence*) dari berbagai negara di Timur Tengah dan Afrika Utara digunakan sebagai landasan fakta dalam pengambilan keputusan kebijakan mengenai penguasaan lensa gender untuk kebijakan dalam mengatasi tantangan pelibatan perempuan khususnya di bidang usaha dan kesejahteraan di kedua wilayah regional tersebut.

Sementara itu, 'Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce' WHO (2019) memberikan serangkaian *evidence* dari sudut pandang keadilan untuk tenaga kesehatan. *Evidence* yang berada pada kedua dokumen tersebut secara langsung memberikan legitimasi atas kebijakan yang dibuat dalam kesehatan, kesetaraan gender, perhitungan distribusi tenaga kerja dalam kesehatan, serta perhitungan dampak ekonomi sebagai akibat dari melibatkan perempuan dalam sains, teknologi dan informasi.

Di Indonesia, pengumpulan *evidence* untuk mengatasi tantangan Kesehatan Ibu dan Anak telah dilakukan pada tahun 2018 oleh Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia. Aktivitas ini dilakukan sebagai upaya multi aktor di sektor kesehatan untuk mencari terobosan baru berdasarkan bukti untuk diberikan sebagai rekomendasi kepada pemerintah dalam membuat keputusan pengambilan kebijakan. Dalam semangat untuk mempercepat tren capaian target pembangunan kesehatan nasional, proses pembuatan kebijakan berbasis fakta ini menjadi salah satu opsi strategis yang hendaknya digunakan secara sistematis dan menyeluruh oleh para pemangku kepentingan pembuatan kebijakan nasional.

3. Perbaikan tata kelola pemerintahan secara menyeluruh

Tata kelola birokrasi menjadi tulang punggung utama pelaksanaan pembangunan sejak berpuluh tahun sebelum ini, namun lebih terasa kebutuhan akan birokrasi yang berkualitas sejak era desentralisasi dimulai dan semakin tajam sejak periode pemerintahan Presiden Joko Widodo. Kabinet Kerja (2014-2019) mempunyai slogan 'Kerja, Kerja, Kerja' yang secara jelas telah menentukan ekspektasi publik pada etos kerja para pemimpin birokrasi yang bekerja setiap saat untuk kepentingan masyarakat. Di periode kedua pemerintahan Presiden Joko Widodo, Kabinet Indonesia Maju (2020-2024) dibentuk dengan mandat memajukan Indonesia dan menghasilkan Sumber Daya Manusia berkualitas.

Aspirasi pemerintahan yang progresif dan ambisius menuntut tersedianya kapasitas birokrasi yang mumpuni. Namun, tuntutan ini berlawanan dengan sifat birokrasi yang kaku dan rutin. Birokrasi yang dipaksa menjadi tangguh, luwes (*agile*) dan inovatif seringkali membuat komponen maupun sistem secara keseluruhan, gamang. Diperlukan upaya khusus

yang ditujukan selain untuk membangun kapasitas organisasi, juga untuk mendorong birokrasi melakukan *process reengineering* pada organisasinya yang mengubah sifat dasar birokrasi dari rutin (*business as usual*) menjadi lincah, inovatif dan inklusif.

Tercapai atau tidaknya tujuan tersebut, bergantung pada sistem birokrasi yang berjalan lancar, efektif, efisien, dengan perencanaan kerja yang strategis dan komprehensif. Bagi para pembuat kebijakan di tingkat pemerintah pusat, peran sebagai regulator juga menuntut kemampuan untuk menerjemahkan kebijakan menjadi aksi. Sebaliknya, pemangku kepentingan di tingkat sub-nasional juga diharuskan untuk mempunyai pemahaman dan menerjemahkan kerangka regulasi nasional ke dalam regulasi daerah yang menjamin dampak dan keberlanjutan pembangunan.

Namun selain mesin birokrasi itu sendiri, patut diingat bahwa dalam sistem pemerintahan selalu terdapat tegangan antara aspek politik dan teknokratik. Walaupun kecenderungan kekuatan tarikan politik lebih terasa kuat saat ini, kepastian iklim politik dan prioritas nasional pada tahun mendatang mendorong tegangan bergerak menuju kesetimbangan (*equilibrium*). Beberapa faktor strategis pendorong menuju kesetimbangan ini adalah ketegasan penentuan arah kebijakan pembangunan nasional; keberhasilan para pembantu pemimpin pemerintahan menerjemahkan arah kebijakan nasional ke dalam sektor masing-masing; dan keberhasilan kerja sama antara eksekutif dan legislatif.

Referensi

- Adisasmito, Wiku, et.al. 2019. Indonesia and global health diplomacy: a focus on capacity building. *The Lancet* volume 7, issue 2, pe181-e182.
- Akerlof, G.A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 84, Issue 3, August 1970, Pages 488-500, <https://doi.org/10.2307/1879431>
- Aswicahyono, Haryo dan David Christian August. (2017). *Perjalanan Reformasi Ekonomi Indonesia 1997-2016*. Economics Working Paper 02 – 2017. Jakarta: CSIS
- Balitbangkes Kementerian Kesehatan. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan.
- Balitbangkes Kementerian Kesehatan. (2017). *Riset Tenaga Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Balitbangkes Kementerian Kesehatan. (2016). *Survei Konsumsi Makanan Individu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Balitbangkes Kementerian Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan.
- Bappenas. (2019a). *Rancangan Teknokratik Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024 Indonesia Berpenghasilan Menengah-Tinggi yang Sejahtera, Adil, dan Berkesinambungan*. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas
- Bappenas. (2019b). *Panduan Kemitraan Multipihak untuk Pelaksanaan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia*. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas.
- Bappenas. (2019c). *Efektivitas Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional*. Policy Brief. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas
- Bappenas. (2018). *Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedepujian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas.
- Bappenas. (2013). *Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Bennouna, Cyril, et.al. (2018). *Social accountability in health in Indonesia: lessons from programs* (English). Health, nutrition, and population (HNP) knowledge brief. Washington, DC: World Bank Group.
- BPS. (2017). *Indeks Kebahagiaan 2017*. Jakarta: Subdirektorat Statistik Ketahanan Wilayah, Badan Pusat Statistik
- BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan dan ICF International. (2017b). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- BPS. (2019). Desember 15). *Indikator Strategis Nasional*. Diakses dari <https://www.bps.go.id/QuickMap?id=0000000000>
- Chamlou and Karshenas. (2016). Women, work and welfare in the Middle East and North Africa: the role of socio-demographics, entrepreneurship and public policies. *Middle East Development Journal*, 8:2, 358-361, DOI: 10.1080/17938120.2016.1226056
- CISDI. (2019a). *Cutting Through the Noise: Analysis for Tobacco Taxation Discourse in Indonesia*. Jakarta: CISDI.
- CISDI. (2019b). *Laporan Bulanan Pencerah Nusantara*. Jakarta: CISDI. Dokumen internal.
- CISDI. (2018a). *Analisis Peraturan Presiden No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional*. PPT. Disampaikan di Diskusi Internal dengan Penggita Pengendalian Tembakau, 1 Oktober 2018. Jakarta: CISDI.
- CISDI. (2018b). *Lembar Kebijakan: Pemanfaatan Cukai Rokok untuk Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: CISDI.
- Dartanto, Teguh. (2 Juli, 2019). *Riset PKJS UI temukan dana bantuan sosial untuk beli rokok*. Diakses dari <https://nasional.kontan.co.id/news/riset-pkjs-ui-temukan-dana-bantuan-sosial-untuk-beli-rokok>.

Deloitte Indonesia, Bahar Law Firm, dan Chapters Indonesia. (2019). 21st century health care challenges: A connected health approach. Jakarta: Deloitte Konsultan Indonesia.

Diana, A., Hollingworth, S.A., And Marks, G.C. (2015) Effects of decentralisation and health system reform on health workforce and quality-of-care in Indonesia, 1993-2007. *The International Journal of Health Planning and Management*. 30: E16-E30.

Hidayat, Budi. (2017). Harga Rokok Ideal. PPT. Jakarta: CHEPS FKM-UI

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME.

Irwin, Rachel. (2010). Indonesia, H5N1, and global health diplomacy. *Global Health Governance*, 3 (2). ISSN 1939-2389

Kemenkes. (2019). Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. (2018). Buku Saku Data dan Informasi Kesehatan Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. (2016). Indonesia National Health Account. PPT. Disampaikan di Kongres InaHEA ke-6, 31 Oktober 2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan. (2016). Indonesia District Health Account. PPT. Disampaikan di Kongres InaHEA ke-6, 31 Oktober 2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Keuangan. (2018). Informasi APBN 2019, APBN untuk mendorong investasi dan daya saing melalui pembangunan sumber daya manusia. Kementerian Keuangan: Direktorat Penyusunan APBN Direktorat Jenderal Anggaran <https://www.kemenkeu.go.id/media/11213/buku-informasi-apbn-2019.pdf>, diakses 15 Desember 2019.

Kementerian Keuangan. (2019). Pedoman penandaan, pemantauan dan evaluasi kinerja pembangunan dan anggaran percepatan pencegahan stunting kementerian/Lembaga. Jakarta: Kementerian Keuangan.

KOMPAS. (12 Januari 2018). Krisis kesehatan di Asmat, kapasitas Pemda perlu diperkuat. Diakses dari <https://kompas.id/baca/utama/2018/01/12/krisis-kesehatan-di-asmat-kapasitas-pemda-perlu-diperkuat/>

Komisi Akreditasi FKTP. (2019). Komisi Akreditasi Nasional. <http://kan.or.id/>. Diakses 15 Desember 2015.

SISDMK. (2019). Sistem Informasi SDM Kesehatan. http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/, diakses 15 Desember 2019

Marzouk, Sarah, Hannah Choi, et.al. (2019). What does the next 25 years hold for global health? London: Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.

Mundiharno. (2019). Burden of NCDs under JKN: How BPJS Kesehatan Responded. PPT. Disampaikan di Kongres InaHEA ke-6. 7 November 2019. Bali: BPJS Kesehatan.

Mundiharno and H. Thabrany. (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Jakarta: DJSN.

Prasongko, Dias. (23 Oktober 2019). Banyak Menteri Jokowi Berasal dari Partai, Indef Khawatirkan ini. Diakses dari <https://bisnis.tempo.co/read/1263494/banyak-menteri-jokowi-berasal-dari-partai-indef-khawatirkan-ini>.

Rajan, Vikram Sundara, et.al. (2018). Is Indonesia Ready to Serve? An Analysis of Indonesia's Primary Health Care Supply-Side Readiness (English). Washington, DC: World Bank Group.

SISDMK. (2019). Sistem Informasi SDM Kesehatan. http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/, diakses 15 Desember 2019

Sridhar, Devi. (2009). Post-Accra: Is There Space for Country Ownership in Global Health? *Third World Quarterly* Vol. 30, No. 7 (2009), pp. 1363-1377

Tandon, Ajay et.al. (2016). Indonesia - Health financing system assessment: spend more, right, and better (English). Washington, DC: World Bank Group.

Teo, Hui Sin. 2016. Medicines regulatory systems and scope for regulatory harmonization in Southeast Asia (English). Washington, DC: World Bank Group.

UNDP. (2019). Human Development Report 2019 – Beyond income, Beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. New York: United Nations Development Programme.

WHO. (2019). Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. Human Resources for Health Observer - Issue No. 24. Geneva: WHO.

WHO. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization.

World Bank. (2018). Indonesia - Investing in Nutrition and Early Years Project (English). Washington, DC: World Bank Group.

World Bank. (2017). Program specific health expenditures in 5 districts: AIDS, tuberculosis, malaria, immunization, maternal and nutrition specific. Final report. Manuscript in preparation.



CISDI

CENTER FOR
INDONESIA'S STRATEGIC
DEVELOPMENT INITIATIVES