

Daftar Inventarisasi Masalah Rancangan Peraturan Pemerintah Turunan UU Kesehatan

Center for Indonesia Strategic Development Initiatives (CISDI)

Ringkasan Eksekutif

Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 sudah disahkan pada 8 Agustus 2023. Agar implementasinya berjalan dengan baik dan dapat mengedepankan asas keadilan dan kesetaraan, CISDI menyusun dokumen daftar inventarisasi masalah (DIM) Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) turunan UU Kesehatan.

Rekomendasi berikut disusun berdasarkan draf RPP Kesehatan yang diterbitkan pada laman Partisipasi Sehat Kementerian Kesehatan. Adapun rekomendasi disusun berdasarkan pembagian substansi RPP oleh Kementerian Kesehatan:

- **Upaya Kesehatan:** pada DIM ini difokuskan pada upaya kesehatan penyakit tidak menular dan pengamanan zat adiktif
- **Pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan:** pada DIM ini difokuskan pada pengelolaan kader kesehatan
- **Fasilitas Pelayanan Kesehatan:** pada DIM ini difokuskan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer yang juga berkaitan dengan penyelenggaraan integrasi layanan primer (ILP)
- **Penanggulangan KLB dan Wabah**

Bab **pendanaan kesehatan, partisipasi masyarakat dan tata kelola pembinaan-pengawasan** juga dianalisis lebih mendalam karena sistem kesehatan yang baik perlu bersifat inklusif, partisipatif, transparan, dan akuntabel.

Upaya Kesehatan Penyakit Tidak Menular

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
203	<p>Ayat (1) Penanggulangan penyakit tidak menular dilaksanakan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> promosi Kesehatan; penemuan kasus; pengendalian faktor risiko; pelindungan khusus; penanganan kasus; dan kegiatan lain yang ditetapkan oleh Menteri. 	<p>Pada ayat ini, pelaksanaan penanggulangan PTM ditambahkan beberapa poin pelaksanaannya sesuai dengan penjelasan Pasal 93 Ayat (1). Penjelasan dari huruf b, huruf e, dan huruf f mengikuti.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penanggulangan penyakit tidak menular dilaksanakan melalui: <ol style="list-style-type: none"> promosi Kesehatan; deteksi dini faktor risiko; pengendalian faktor risiko; pelindungan khusus; penemuan dini kasus; tatalaksana dini; penanganan kasus, berupa Pelayanan Kesehatan kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif; dan kegiatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
	<p>Ayat (5) Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berupa kegiatan:</p>	<p>Menurut WHO, faktor risiko PTM secara umum bisa dibagi menjadi lima yaitu: konsumsi tembakau, minim aktivitas fisik, konsumsi alkohol berbahaya, konsumsi makanan tidak sehat, dan polusi udara. Oleh karena itu, kegiatan yang disebutkan</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berupa kegiatan:</p>

	<p>a. pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak, serta rokok; b. pembiasaan aktivitas fisik dan olahraga; c. mengonsumsi nutrisi yang sehat dan seimbang; d. istirahat yang cukup dan kelola stres; e. tidak merokok dan menghindari paparan asap rokok dan polutan; dan f. tidak mengonsumsi alkohol yang berlebihan</p>	<p>di Ayat (5) disarankan untuk fokus ke masing-masing faktor risiko dengan memisahkan pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak dengan pengendalian tembakau. Pengendalian tembakau dengan aktivitas tidak merokok juga sebaiknya dipisahkan supaya bisa fokus intervensi di hulu (produksi) dan di hilir (perilaku masyarakat).</p> <p>Selain itu, mengingat PTM juga termasuk kanker, maka diperlukan juga fokus ke pengendalian karsinogenik yang bisa berupa paparan radiasi, bahan/zat tertentu, dan hal-hal lain.</p> <p>Terakhir, pada saat ini sudah ada vaksinasi yang bisa diberikan untuk mencegah kanker serviks melalui vaksinasi HPV dan juga terus dilakukan penelitian untuk pencegahan PTM lain melalui vaksinasi (Kashutina et al, 2023). Mengingat RPP ini disusun untuk 10 - 15 tahun ke depan, sangat disarankan untuk juga merumuskan ayat untuk bisa membuka kemungkinan vaksinasi PTM di masa yang akan datang.</p>	<p>a. pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak; b. pengendalian konsumsi tembakau dan produk turunannya c. pembiasaan aktivitas fisik dan olahraga; d. mengonsumsi makanan beragam dan gizi seimbang; e. istirahat yang cukup dan kelola stres; f. tidak merokok dan menghindari paparan asap rokok dan polutan; g. pemberian vaksinasi untuk penyakit tidak menular; h. pengendalian karsinogenik; dan i. tidak mengonsumsi alkohol yang berlebihan.</p>
		<p>Di Indonesia, pengaturan tentang konsumsi gula, garam dan lemak (GGL) baru diatur di Permenkes No. 30 Tahun 2013 tentang Pencantuman Informasi</p>	<p>Menambah pasal baru mengenai peraturan konsumsi GGL:</p>

		<p>Kandungan Gula, Garam, dan Lemak serta Pesan Kesehatan untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji mengatur yang mewajibkan pangan olahan dan pangan siap saji untuk mencantumkan informasi kandungan GGL dan pesan kesehatan terkait. Permenkes ini adalah bagian dari upaya edukasi terhadap masyarakat tetapi ini saja belum cukup. Pengendalian faktor risiko ini perlu dilengkapi dengan perangkat lain selain edukasi untuk dapat menciptakan lingkungan pangan yang lebih sehat dan mengendalikan konsumsi GGL di masyarakat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap orang yang memproduksi, mengimpor, dan mengedarkan pangan olahan dan/atau pangan siap saji wajib: <ol style="list-style-type: none"> a. Mencantumkan informasi kandungan garam, gula, dan lemak di kemasan eceran; b. Mencantumkan label gizi depan kemasan pangan olahan; dan c. Mencantumkan pesan kesehatan di media iklan dan promosi. 2. Setiap orang yang memproduksi, mengimpor, dan/atau mengedarkan pangan olahan wajib melakukan reformulasi untuk memenuhi batas kandungan gula, garam, dan lemak yang ditetapkan oleh BPOM. 3. Setiap orang yang memproduksi, mengimpor, dan/atau mengedarkan pangan olahan dan/atau pangan siap saji dilarang untuk melakukan iklan, promosi, dan menjadi sponsor kegiatan di media,
--	--	--	---

			<p>waktu, lokasi, dan kelompok sasaran tertentu.</p> <p>4. Setiap orang yang memproduksi pangan olahan dan/atau pangan siap saji dilarang menggunakan zat atau bahan yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular.</p> <p>5. Pangan olahan dan/atau pangan siap saji dilarang untuk diedarkan di kawasan belajar mengajar, taman publik, dan fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>6. Pangan olahan dan/atau pangan siap saji yang tidak memenuhi standar kandungan gula, garam dan lemak yang telah ditetapkan akan dikenakan cukai.</p> <p>7. Pemerintah wajib melakukan edukasi terkait pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak berupa, namun tidak terbatas pada, pemahaman membaca label gizi dan penggunaan label gizi depan kemasan.</p>
Pasal 204	Ayat (1)	PTM juga dapat menyebabkan disabilitas sehingga juga penting untuk mendata	Ditambahkan:

	<p>(1) Penanggulangan penyakit tidak menular didukung dengan kegiatan surveilans faktor risiko, registri penyakit, dan surveilans kematian.</p>	<p>pasien penyandang disabilitas terutama yang disebabkan oleh PTM tersebut. Selain untuk mendata dampak lain dari PTM dan merencanakan program bagi penyandang disabilitas ke depannya, registri ini dapat digunakan juga sebagai landasan untuk pemberian manfaat sosial bagi penyandang disabilitas dan keluarganya (Kim et al, 2023).</p>	<p>Penanggulangan penyakit tidak menular didukung dengan kegiatan surveilans faktor risiko, registri penyakit, registri disabilitas dan surveilans kematian.</p>
	<p>Ayat (6) Surveilans faktor risiko, registri penyakit, dan surveilans kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berbasis populasi, klinis, laboratorium, dan kejadian.</p>		<p>Menambah sisipan ayat baru antara ayat (4) dan (5): Registri disabilitas sebagaimana yang dimaksud di ayat (1) dilakukan untuk memantau dan mengumpulkan data kasus disabilitas yang disebabkan oleh penyakit tidak menular.</p>
	<p>Ayat (7) Pelaksanaan surveilans faktor risiko, registri penyakit, dan surveilans kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terkoordinasi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat, serta terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.</p>		<p>Ditambah pada ayat (6): Surveilans faktor risiko, registri penyakit, registri disabilitas, dan surveilans kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berbasis populasi, klinis, laboratorium, dan kejadian. Ditambah pada ayat (7): Pelaksanaan surveilans faktor risiko, registri penyakit, registri disabilitas, dan surveilans kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terkoordinasi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan</p>

			masyarakat, serta terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
		<p>Untuk mewujudkan Pasal 94 ayat 3 UU Kesehatan, maka sebaiknya dibentuk mekanisme pelaporan dari masyarakat yang aksesibel dengan respon yang tercatat dan dapat dipertanggungjawabkan terkait kasus PTM yang ada di masyarakat, sehingga proses pencatatan dan pelaporan tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tapi dapat dibantu masyarakat. Begitu juga dengan pemantauan penyalahan regulasi terkait faktor risiko PTM (sebagai contoh, masyarakat dapat melapor apabila ada ruang bebas rokok yang dipakai untuk merokok, atau ada produk yang melebihi batas aman konsumsi GGL dan tidak ada label gizi depan kemasan).</p> <p>Arora et al. (2014) melakukan evaluasi pengendalian PTM terutama terkait pengendalian gula, garam, lemak di India dan menyarankan pengadopsian <i>whole-of-society framework</i> untuk proses</p>	<p>Menambah sisipan pasal baru mengenai pelaporan</p> <p>(1) Upaya pengendalian penyakit tidak menular seperti yang disebutkan di Pasal 203 ayat (1) wajib dipertanggungjawabkan lewat mekanisme monitoring dan evaluasi.</p> <p>(2) Monitoring seperti yang disebutkan di ayat (1) bertujuan untuk memantau pelaksanaan kegiatan supaya berjalan seperti yang direncanakan.</p> <p>(3) Evaluasi seperti yang disebutkan di ayat (1) bertujuan untuk menilai kesuksesan pelaksanaan kegiatan upaya pengendalian penyakit tidak menular dan menjadi landasan untuk perbaikan kegiatan ke depannya.</p>

		<p>monitoring dan evaluasi kebijakan terkait GGL.</p>	<p>(4) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi di ayat (1) dapat didukung lewat sistem pelaporan oleh Masyarakat.</p> <p>(5) Pelaporan oleh Masyarakat seperti yang disebut di ayat (4) wajib bisa diakses oleh semua kalangan masyarakat.</p> <p>(6) Pelaporan oleh Masyarakat seperti yang disebut di ayat (4) wajib untuk diberikan respon tercatat yang dapat dipertanggungjawabkan.</p>
<p>Pasal 207</p>	<p>7. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat bertanggung jawab:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memfasilitasi penyediaan sarana aktivitas fisik pada kawasan permukiman dan sarana fasilitas umum; b. Mendorong dan memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk menyediakan ruang terbuka hijau publik; c. Menyediakan infrastruktur ramah disabilitas yang memadai di 	<p>Kerjasama lintas sektor melihat bahwa kebijakan di sektor lain dapat berimbas di sektor lain juga. Melihat prinsip determinan sosial kesehatan, ada hal-hal yang secara tidak langsung juga bisa berdampak ke kesehatan, sehingga Pemerintahan di bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat juga perlu melihat bagaimana proyek-proyek lain Analisis dampak kesehatan yang dilakukan sebelum proyek berjalan dapat mengurangi dan/atau mengantisipasi</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>7. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat bertanggung jawab:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan analisis dampak kesehatan dari setiap proyek strategi nasional atau daerah; b. Memfasilitasi penyediaan sarana aktivitas fisik pada kawasan permukiman dan sarana fasilitas umum;

	<p>wilayah pemukiman dan fasilitas umum; dan</p> <p>d. Memfasilitasi penyediaan air bersih dan sanitasi dasar pada fasilitas umum.</p>	<p>potensi imbas ke kesehatan. Seperti misalnya: apakah pembangunan di satu lokasi dapat menghasilkan polusi yang memengaruhi kesehatan warga di sekitar pemukiman? Dengan melakukan analisis ini, maka Pemerintah dapat melakukan antisipasi atau mempertimbangkan metode yang meminimalisir polusi dari proyek tersebut.</p>	<p>c. Mendorong dan memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk menyediakan ruang terbuka hijau publik;</p> <p>d. Menyediakan infrastruktur ramah disabilitas yang memadai di wilayah pemukiman dan fasilitas umum; dan</p> <p>e. Memfasilitasi penyediaan air bersih dan sanitasi dasar pada fasilitas umum.</p>
	<p>9. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang lingkungan hidup dan kehutanan bertanggung jawab:</p> <p>a. Mendukung upaya pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular melalui penghapusan penggunaan bahan bekas tambang dan bahan berbahaya di lokasi pertambangan yang berdampak pada Kesehatan;</p> <p>b. Mendorong kemitraan lingkungan dan peran serta masyarakat dalam menjaga kualitas lingkungan; dan</p> <p>c. Menetapkan kebijakan pengendalian kebisingan di tempat umum.</p>	<p>Pemerintah harus secara spesifik juga mencantumkan tentang polusi di udara dan di air sehingga bisa direncanakan kebijakan yang lebih terarah mengingat dampak masif yang ditimbulkan dari polusi di udara dan di air.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>9. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang lingkungan hidup dan kehutanan bertanggung jawab:</p> <p>a. Mendukung upaya pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular melalui penghapusan penggunaan bahan bekas tambang dan bahan berbahaya di lokasi pertambangan yang berdampak pada Kesehatan;</p> <p>b. Memantau dan meregulasi dampak kesehatan dari polusi udara;</p>

			<p>c. Memantau dan meregulasi dampak kesehatan dari polusi air;</p> <p>d. Mendorong kemitraan lingkungan dan peran serta masyarakat dalam menjaga kualitas lingkungan; dan</p> <p>e. Menetapkan kebijakan pengendalian kebisingan di tempat umum.</p>
	<p>11. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perdagangan bertanggung jawab:</p> <p>a. meningkatkan pengawasan terhadap peredaran dan penjualan produk tembakau, minuman beralkohol, pangan tinggi gula, garam dan lemak, dan bahan berbahaya yang sering disalahgunakan dalam pangan;</p> <p>b. meningkatkan promosi pangan sehat termasuk sayur dan buah produksi dalam negeri; dan</p> <p>c. melakukan pengawasan peredaran bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular.</p>	<p>Kementerian perdagangan harus juga menegaskan kebijakan mengenai impor pangan olahan dimana banyak yang memiliki kandungan gula, garam, dan lemak yang tinggi atau zat pengawet/aditif lainnya. Di beberapa negara, kebijakan seperti ini mendorong pangan olahan yang akan masuk untuk harus mengikuti standar kandungan gula, garam, dan lemak atau zat tertentu .</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>11. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perdagangan bertanggung jawab:</p> <p>a. meningkatkan pengawasan terhadap peredaran dan penjualan produk tembakau, minuman beralkohol, pangan tinggi gula, garam dan lemak, dan bahan berbahaya yang sering disalahgunakan dalam pangan;</p> <p>b. Meningkatkan pengawasan terhadap produk pangan olahan impor supaya mengikuti ketentuan kandungan gula, garam dan lemak dan kandungan</p>

			<p>zat aditif lainnya yang ditetapkan;</p> <p>c. meningkatkan promosi pangan sehat termasuk sayur dan buah produksi dalam negeri; dan</p> <p>d. melakukan pengawasan peredaran bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular.</p>
	<p>(12) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan bertanggung jawab:</p> <p>a. melakukan kajian dan penetapan cukai dan pajak produk tembakau, minuman beralkohol, dan bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular; dan</p> <p>b. melakukan kajian skema insentif bagi Perbekalan Kesehatan yang esensial dan menjadi prioritas Kesehatan</p>	<p>Cukai sebagai salah satu kebijakan fiskal untuk pengendalian konsumsi harus diterapkan secara komprehensif ke semua produk yang memenuhi kriteria untuk dapat memberikan dampak yang maksimal. Penerapan cukai yang tidak menyeluruh akan menyebabkan cukai terlihat tidak efektif.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>(12) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan bertanggung jawab:</p> <p>a. melakukan kajian dan penetapan cukai dan pajak produk tembakau, minuman beralkohol, dan bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular secara komprehensif dan menyeluruh; dan</p> <p>b. melakukan kajian skema insentif bagi Perbekalan Kesehatan yang esensial dan menjadi prioritas Kesehatan</p>
	<p>15. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perindustrian bertanggung jawab:</p>	<p>Kementerian Perindustrian harus turut serta mendukung upaya reformulasi produk pangan olahan yang dicanangkan</p>	<p>Ditambahkan:</p>

	<p>a. meningkatkan produksi, kualitas, dan akses masyarakat pada pangan olahan sehat;</p> <p>b. memperkuat industri Perbekalan Kesehatan untuk penanggulangan penyakit tidak menular termasuk mendorong produksi alat bantu Kesehatan dalam negeri; dan</p> <p>c. menetapkan kebijakan produk hasil industri yang ramah Kesehatan.</p>	<p>oleh Kementerian Kesehatan sebagai bentuk upaya pengendalian penyakit tidak menular.</p>	<p>15. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perindustrian bertanggung jawab:</p> <p>a. meningkatkan produksi, kualitas, dan akses masyarakat pada pangan olahan sehat;</p> <p>b. mendorong dan mengawasi pelaksanaan produksi pangan olahan dengan kandungan gula, garam, dan lemak yang ditetapkan oleh BPOM;</p> <p>c. memperkuat industri Perbekalan Kesehatan untuk penanggulangan penyakit tidak menular termasuk mendorong produksi alat bantu Kesehatan dalam negeri; dan</p> <p>d. menetapkan kebijakan produk hasil industri yang ramah Kesehatan.</p>
	<p>16. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pertanian dan badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pangan bertanggung jawab:</p>	<p>Menteri urusan Pertanian dan Badan Pangan dapat membantu petani melalui bimbingan teknis peralihan lahan pertanian tembakau ke produk lain.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>16. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengawasi keamanan dan mutu pangan segar berkualitas yang tidak memiliki kandungan pestisida berbahaya; dan b. Meningkatkan produksi buah dan sayur dalam negeri 	<p>Menteri juga dapat mendorong diversifikasi agrikultur untuk mendukung ketersediaan gizi yang cukup dan seimbang, dengan memprioritaskan produksi buah dan sayur.</p>	<p>pertanian dan badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pangan bertanggung jawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengawasi keamanan dan mutu pangan segar berkualitas yang tidak memiliki kandungan pestisida berbahaya; b. Mendorong diversifikasi agrikultur untuk mendukung ketersediaan pangan yang beragam dan gizi seimbang; dan c. Meningkatkan produksi buah dan sayur dalam negeri
	<p>18. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika bertanggung jawab menetapkan kebijakan pengaturan iklan dan promosi bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular.</p>	<p>Menteri Urusan Komunikasi dan Informatika dapat membantu meningkatkan komunikasi risiko PTM kepada masyarakat melalui kerja sama pemerintah dan masyarakat sipil, serta melakukan kerjasama dengan Komisi Penyiaran Indonesia (KPI) untuk pengawasan terhadap iklan/ tayangan/ film/ serial televisi yang tidak mendukung pengendalian PTM misalnya iklan rokok dan pangan tinggi gula, garam dan lemak (GGL).</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>18. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika bertanggung jawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menetapkan kebijakan pengaturan iklan dan promosi bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular; dan

			<p>b. melakukan pengkajian dampak iklan dan promosi bahan/produk yang berisiko menimbulkan penyakit tidak menular dengan mempertimbangkan waktu, lokasi, dan kelompok sasaran tertentu.</p>
	<p>19. Menteri yang menyelenggarakan pemerintahan di bidang sosial bertanggung jawab mengembangkan sistem penyediaan alat bantu kesehatan yang tepat sasaran dan adekuat, yang berkoordinasi dengan Menteri.</p>	<p>Mengingat bahwa disabilitas dapat disebabkan oleh penyakit tidak menular, Kementerian Sosial juga harus mendukung pencatatan Masyarakat disabilitas oleh sebab penyakit tidak menular sehingga dapat diberikan bantuan yang tepat sasaran dan adekuat.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>19. Menteri yang menyelenggarakan pemerintahan di bidang sosial bertanggung jawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mengembangkan sistem penyediaan alat bantu kesehatan yang tepat sasaran dan adekuat, yang berkoordinasi dengan Menteri; dan b. menetapkan kebijakan untuk mendukung penyediaan dukungan kepada masyarakat dengan disabilitas terutama yang disebabkan oleh karena penyakit tidak menular.

	<p>20. Kepala badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan bertanggung jawab: a. menjamin keamanan dan mutu pangan olahan dan siap saji yang beredar di masyarakat; dan b. memperkuat dan memperluas pengawasan dan intervensi keamanan pangan jajanan anak sekolah.</p>	<p>Badan Pengawasan Obat dan Makanan dapat menjamin standar keamanan dan mutu pangan olahan dan siap saji yang beredar di masyarakat terutama sesuai dengan standar sehat produk pangan yang rendah gula, garam, dan lemak. Standar sehat dapat disesuaikan dengan rekomendasi WHO (2016) maupun sumber lainnya. Selain itu juga diperlukan standarisasi label gizi di belakang kemasan yang dapat jelas dan dapat dibaca, serta mendorong kewajiban penerapan label gizi depan kemasan (<i>Front-of-Package Nutrition Labeling</i>) pangan olahan sesuai dengan praktik baik di banyak negara.</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>20. Kepala badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan bertanggung jawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menetapkan standar kandungan gula, garam, dan lemak untuk pangan olahan dan pangan siap saji yang beredar di Indonesia; b. Menetapkan standarisasi informasi gizi di belakang kemasan; c. Menetapkan kebijakan label gizi depan kemasan eceran; d. menjamin keamanan dan mutu pangan olahan dan siap saji yang beredar di masyarakat; dan e. memperkuat dan memperluas pengawasan dan intervensi keamanan pangan jajanan anak sekolah.
		<p>BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan sosial kesehatan memiliki akses</p>	<p>Usulan sisipan ayat untuk memasukkan BPJS Kesehatan:</p>

		<p>untuk mengumpulkan data klinis dan populasi berdasarkan lokasi fasyankes tingkat pratama yang telah tersebar di banyak wilayah dan ini harus dimanfaatkan untuk dapat mendukung upaya-upaya pengendalian penyakit tidak menular seperti yang tercantum di Pasal 93 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023.</p>	<p>Kepala badan yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang jaminan sosial kesehatan bertanggung jawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. memberikan pelayanan kesehatan secara promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif secara komprehensif; b. mengumpulkan data risiko anggota BPJS Kesehatan yang diperbarui secara berkala; dan c. menyediakan dan memberikan data terkait faktor risiko dan kejadian penyakit kepada Kementerian.
209 (ayat 1-3)	<p>1. Menteri menetapkan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular di tingkat nasional maupun daerah. 2. Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota dapat</p>	<p>Pemerintah Daerah baik di tingkat provinsi maupun di tingkat kabupaten/kota lebih baik diberikan kewenangan lebih untuk menentukan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular</p>	<p>Diubah:</p> <p>1. Menteri menetapkan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular di tingkat nasional.</p>

	menetapkan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular di wilayahnya.	di wilayahnya dengan mempertimbangkan situasi, kondisi, dan sumber daya di daerah.	2. Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota menetapkan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular di wilayahnya.
	<p>3. Penetapan program prioritas dan target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) didasarkan pada kriteria sebagai berikut:</p> <p>a. dapat dilakukan pencegahan, pengobatan, dan/atau rehabilitasi; dan</p> <p>b. tingginya angka kematian/kesakitan/disabilitas dan/atau tingginya beban biaya pengobatan.</p>	<p>Selain kriteria yang telah ditetapkan, penetapan program prioritas juga harus mempertimbangkan bagaimana penyakit tidak menular tertentu memengaruhi kelompok masyarakat rentan. Yang termasuk dalam masyarakat rentan dijelaskan di UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 Pasal 28 Ayat (4).</p> <p>Sebagai contoh, pengentasan kanker serviks stadium akhir perlu diprioritaskan karena lebih banyak diderita oleh perempuan yang memiliki status sosioekonomi dan pendidikan rendah yang tinggal di daerah terpencil karena rendahnya pengetahuan dan akses ke fasilitas kesehatan untuk skrining (Robbers et al., 2021).</p>	<p>Ditambahkan:</p> <p>3. Penetapan program prioritas dan target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) didasarkan pada kriteria sebagai berikut:</p> <p>a. dapat dilakukan pencegahan, pengobatan, dan/atau rehabilitasi;</p> <p>b. tingginya angka kematian/kesakitan/disabilitas dan/atau tingginya beban biaya pengobatan; dan</p> <p>c. besarnya dampak ke kelompok masyarakat rentan.</p>
Pasal 210	Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota berwenang menetapkan kebijakan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular berupa:	Huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d terlalu programatik dan spesifik mengatur perihal satu jenis faktor risiko, sehingga fokusnya menjadi timpang untuk pengendalian faktor risiko yang lainnya.	<p>Diubah:</p> <p>Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota berwenang menetapkan kebijakan</p>

	<p>a. pengurangan kandungan gula, garam, dan lemak pada produk pangan olahan, siap saji, dan pangan industri rumah tangga sesuai dengan standar;</p> <p>b. pengaturan jarak tempat usaha makanan dan minuman di lingkungan perkantoran;</p> <p>c. pengaturan porsi yang disajikan pada tempat usaha makanan dan minuman;</p> <p>d. pengaturan pelabelan, promosi, dan kampanye pangan;</p> <p>e. pembiasaan aktivitas fisik dan olahraga terutama di lingkungan perkantoran dan industri; dan</p> <p>f. upaya pengendalian faktor risiko lainnya.</p>	<p>Selain dari itu, mengingat bahwa banyak hal yang akan menunggu penetapan dari Menteri, BPOM dan/atau Kementerian/ Lembaga terkait serta masih ada Peraturan Turunan lainnya, Pasal 210 diharapkan bisa lebih “umum” sehingga memberikan ruang untuk mengatur pengendalian faktor risiko lainnya, dengan mempertimbangkan Peraturan Turunan dan Ketetapan lainnya.</p>	<p>pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penyediaan pangan beragam dengan gizi seimbang di berbagai kawasan untuk semua kelompok Masyarakat; b. pembangunan infrastruktur yang dapat diakses oleh semua kalangan Masyarakat, terutama kelompok rentan; c. kewajiban analisis dampak kesehatan untuk semua proyek usaha dan/atau proyek pemerintah; d. mengembangkan sistem pelaporan, monitoring, dan evaluasi kebijakan yang dilaksanakan di tingkat daerah dengan melibatkan Masyarakat; dan e. upaya pengendalian faktor risiko PTM Nasional lainnya sesuai dengan penetapan oleh Menteri.
--	---	--	--

<p>Pasal 211</p>	<p>Dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit tidak menular masyarakat berperan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan pengetahuan terhadap penyakit tidak menular; dan b. Memelihara dan menjaga Kesehatan dirinya dengan cara menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>Kegiatan yang dirancang oleh Pemerintah membutuhkan peran dan partisipasi aktif masyarakat untuk menyukseskan pengendalian penyakit tidak menular di Indonesia. Sebagai contoh adalah Pos Binaan Terpadu (Posbindu) yang ditujukan untuk melakukan deteksi dini faktor risiko dan kasus penyakit tidak menular tidak akan berjalan apabila masyarakat tidak berpartisipasi aktif dalam kegiatan tersebut.</p>	<p>Ditambah:</p> <p>Dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit tidak menular masyarakat berperan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. meningkatkan pengetahuan terhadap penyakit tidak menular; b. memelihara dan menjaga Kesehatan dirinya dengan cara menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat; c. berpartisipasi aktif dalam kegiatan upaya promosi dan deteksi dini faktor risiko dan kasus penyakit tidak menular; dan d. ikut serta sebagai kader kesehatan dengan berpegang pada syarat partisipasi yang bermakna.
------------------	--	--	---

Upaya Kesehatan Pengamanan Zat Adiktif berupa Produk Tembakau dan Rokok Elektronik

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
<p>Pasal 449, pasal 450 ayat 1-4, dan pasal 454</p>	<p>Pasal 449 Setiap orang yang memproduksi, mengimpor, dan/atau mengedarkan produk tembakau dan rokok elektronik dilarang mengiklankan di media luar ruang, situs, dan/atau aplikasi elektronik komersial, media sosial, dan tempat penjualan produk tembakau dan rokok elektronik.</p> <p>Pasal 450 ayat 1-4</p> <p>(1) Pengendalian iklan produk tembakau dan rokok elektronik pada media cetak dan media penyiaran dilakukan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mencantumkan peringatan kesehatan untuk iklan bergerak di media penyiaran berupa televisi harus berukuran <i>full screen</i> selama paling singkat 10% (sepuluh persen) dari total durasi iklan dan tidak kurang dari 2 (dua) detik, atau untuk iklan tidak bergerak di media penyiaran berupa televisi atau media 	<p>Pasal ini perlu dipertahankan dengan catatan tetap Melarang total iklan di media luar ruang (<i>billboard</i>, spanduk, poster, dsb) dan media internet, serta memperketat iklan di media penyiaran dan pers, karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paparan iklan rokok di media <i>online</i> berhubungan dengan sikap merokok anak-anak dan remaja dan berpengaruh signifikan terhadap sikap merokok remaja untuk merokok. • Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (2023) menunjukkan perilaku merokok pada anak dipengaruhi paparan iklan rokok di semua media sebesar 99,09% dan di tempat penjualan (toko, kios, dll) sebesar 86,63% . • Sebanyak 21,4% orang Indonesia terpapar iklan rokok konvensional maupun elektronik di internet (Global Adult Tobacco Survey - GATS 2021), yang meningkat tajam 11 kali lipat dalam satu dekade yang sebelumnya “hanya” 1,9% (GATS 2011). 	<p>Melarang total iklan di media luar ruang (<i>billboard</i>, spanduk, poster, dsb) dan media internet, serta memperketat iklan di media penyiaran dan pers</p>

	<p>cetak harus berukuran sekurang-kurangnya 15% (lima belas persen) dari total luas iklan;</p> <p>b. mencantumkan tulisan “Dilarang menjual dan memberi kepada anak di bawah 18 tahun dan perempuan hamil”;</p> <p>c. tidak memperagakan, menggunakan, dan/atau menampilkan wujud atau bentuk produk tembakau dan rokok elektronik, atau sebutan lain yang dapat diasosiasikan dengan merek produk tembakau dan rokok elektronik;</p> <p>d. tidak mencantumkan harga jual;</p> <p>e. tidak menampilkan anak, remaja, dan/atau wanita hamil dalam bentuk gambar dan/atau tulisan; dan</p> <p>f. tidak menggunakan kartun atau animasi sebagai bentuk tokoh iklan</p> <p>(2) Bentuk peringatan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Menteri.</p> <p>(3) Selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), iklan produk tembakau dan rokok elektronik di media cetak wajib memenuhi ketentuan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Keterpaparan iklan rokok di media internet atau media sosial pada remaja usia 13 – 15 tahun bahkan sangat tinggi, mencapai 36,2% (Global Youth Tobacco Survey – GYTS 2019). • Sebanyak 77% remaja mengaku, iklan membuat mereka terus merokok dan sebanyak 57% mengaku tidak jadi berhenti merokok, karena iklan (Komnas Anak Indonesia dan UHAMKA, 2012) • Larangan iklan di media luar ruang terutama sekitar sekolah mendesak mengingat 85% sekolah di Indonesia terpapar iklan rokok di sekitarnya (SFA, YPMA, Lentera Anak, 2015) dan remaja di sekolah dengan kepadatan iklan rokok di media luar ruang sedang dan tinggi memiliki kecenderungan 2,16 kali lebih tinggi untuk merokok, dibandingkan dengan remaja dengan kepadatan iklan rendah (Sri Handayani, dkk, 2021) 	
--	---	--	--

- a. tidak diletakkan di halaman depan dan/atau belakang media cetak;
- b. tidak diletakkan satu halaman dengan iklan makanan dan minuman; dan
- c. tidak dimuat di media cetak untuk anak, remaja, dan perempuan.

(4) Selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), iklan di media penyiaran berupa televisi dan radio hanya dapat ditayangkan atau disiarkan setelah pukul 23.00 sampai dengan pukul 03.00 waktu setempat.

Pasal 454

Setiap orang dilarang menyiarkan dan menggambarkan dalam bentuk gambar atau foto, menayangkan, menampilkan atau menampakkan orang sedang merokok, memperlihatkan batang rokok, asap rokok, bungkus rokok atau yang berhubungan dengan produk tembakau dan rokok elektronik serta segala bentuk informasi produk tembakau dan rokok elektronik di media cetak, media penyiaran, dan media teknologi informasi

Penjelasan:

Yang dimaksud dengan "media teknologi

	<i>informasi”, antara lain, ialah, seluruh media online yang menggunakan fasilitas internet.</i>		
Pasal 452 ayat 1 dan 2, Pasal 453	<p>Pasal 452 ayat 1 dan 2</p> <p>(1) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau dan rokok elektronik dilarang melakukan promosi dan/atau memberikan sponsor dalam bentuk apapun.</p> <p>(2) Larangan sponsor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk menjadi sponsor kegiatan sosial, pendidikan, olahraga, musik, kepemudaan, kebudayaan, atau melibatkan masyarakat umum.</p> <p>Pasal 453</p> <p>Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau dan rokok elektronik dapat memberikan bantuan dalam bentuk tanggung jawab sosial perusahaan, dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. tidak menggunakan nama merek dagang dan logo produk tembakau dan rokok elektronik; b. tidak bertujuan untuk mempromosikan produk tembakau dan rokok elektronik; 	<p>Selama ini industri rokok menggunakan program CSR atau tanggung jawab sosial perusahaan sebagai media promosi produk rokok. Hal ini seharusnya tidak terjadi karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> • WHO mengategorikan <i>sponsorship</i> industri tembakau sebagai <i>indirect tobacco advertising</i> (iklan tidak langsung) sehingga merekomendasikan agar dilarang. Promo dan <i>sponsorship</i> memberikan celah untuk memberikan citra positif industri rokok dan memberikan pengaruh ke intensi membeli rokok. • Penelitian oleh LPPSP - FISIP Universitas Indonesia bersama Komnas Pengendalian Tembakau (2020) terhadap 1086 siswa SMP dan SMA menunjukkan bahwa pada kegiatan yang disponsori langsung merek/industri rokok maupun tidak langsung oleh lembaga/organisasi yang terafiliasi (yayasan, dsb) pada sikap remaja dalam intensi untuk membeli rokok. 	<p>Melarang total promosi dan <i>sponsorship</i>, serta membuat aturan tanggung jawab sosial perusahaan rokok dengan ketentuan yang ketat</p>

	<p>c. tidak memberikan secara cuma-cuma, potongan harga, maupun hadiah produk tembakau dan rokok elektronik, atau produk terkait lainnya; dan</p> <p>d. tidak diliput dan dipublikasikan oleh media.</p>		
<p>Pasal 438 ayat 1-4</p>	<p>Pasal 438 ayat 1-4</p> <p>(1) Setiap orang yang memproduksi produk tembakau dan rokok elektronik dilarang menggunakan bahan tambahan, kecuali dapat dibuktikan secara ilmiah bahan tambahan tersebut tidak berbahaya bagi Kesehatan.</p> <p>(2) Pengujian dan verifikasi penggunaan bahan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan.</p> <p>(3) Bahan tambahan yang dapat digunakan pada produksi produk tembakau dan rokok elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Menteri</p> <p>(4) Setiap orang yang memproduksi produk tembakau dan rokok elektronik yang menggunakan bahan tambahan yang berbahaya bagi Kesehatan sebagaimana dimaksud</p>	<p>Pasal ini sangat penting untuk dipertahankan, karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan bahan tambahan (perasa, pemanis, dsb) menjadi salah satu taktik industri untuk menarik para perokok pemula, perokok anak, maupun perokok dewasa muda (penelitian oleh Nicholas Goldenson dkk, University of Southern California, 2016). • Perasa manis dan nikotin memiliki dampak terhadap efek penguatan rokok elektronik yang berpotensi membuatnya lebih adiktif. Rasa manis meningkatkan kecanduan, keinginan, dan respons inti akumbens (NAcc) dalam otak terhadap rokok elektronik dan rasa manis meningkatkan sinyal penguatan nikotin ketika digabungkan dengan rokok elektronik (penelitian oleh Nils. B Kroemer dkk, <i>Yale University</i>, 2018) 	<p>Melarang penggunaan bahan tambahan (perasa dsb) pada rokok konvensional maupun rokok elektronik</p>

	pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif oleh Menteri berupa penarikan produk atas biaya produsen.		
Pasal 441 ayat 1	<p>Pasal 441 ayat 1</p> <p>(1) Setiap orang dilarang menjual produk tembakau dan rokok elektronik:</p> <ol style="list-style-type: none"> menggunakan mesin layan diri; kepada anak di bawah usia 18 (delapan belas) tahun dan perempuan hamil; secara eceran satuan per batang; dengan memajang produk tembakau dan rokok elektronik; dan menggunakan jasa situs atau aplikasi elektronik komersial dan media sosial. 	<p>Pasal ini pada ayat 1 poin c perlu dipertahankan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> Di kalangan perokok aktif remaja, 7 dari 10 siswa membeli rokok batangan dalam 30 hari terakhir Hampir 70% dari remaja yang gagal berhenti merokok mengonsumsi rokok batangan Penjualan Rokok Secara Batangan Membuat Rokok menjadi lebih murah, menegaskan aturan cukai yang seharusnya menekan keterjangkauan, sehingga lebih mudah diakses oleh perokok pemula atau perokok anak dan keluarga miskin. Sebanyak 71% anak usia pelajar SMP(13-15 tahun) di Indonesia mengakses rokok dengan beli secara batangan (GYTS, 2019) Hasil Penelusuran dengan Google Maps dan Google Street View teridentifikasi 8.371 warung rokok eceran di DKI Jakarta; warung rokok eceran dengan radius ≤ 100 meter di sekitar area SD 	Melarang penjualan batangan pada rokok konvensional untuk menekan kemudahan anak-anak dan keluarga miskin mengakses rokok

		<p>(21,67%); SMP (26,05%); SMA/SMK (15,63%). Rokok batangan cukup terjangkau (<i>affordable</i>) karena rerata penjualan per minggu mencapai >300 batang per minggu dan harga rata-rata Rp1.500/batang yang sangat terjangkau dengan uang saku pelajar (PKJS-UI, 2021).</p>	
--	--	--	--

<p>Pasal 437 ayat 1-5, Pasal 440, Pasal 442, Pasal 443 ayat 1-3, Pasal 444, dan Pasal 445</p>	<p>Pasal 437 ayat 1-5</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau dan rokok elektronik wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (2) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau harus melakukan pengujian kandungan kadar nikotin dan tar untuk setiap varian yang diproduksi. (3) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor rokok elektronik harus melakukan pengujian kandungan kadar nikotin dan zat lain yang terkandung untuk setiap varian yang diproduksi. (4) Penetapan kadar dan pengujian kandungan kadar nikotin, tar, dan/atau zat lain yang terkandung sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilakukan oleh badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan. (5) Laporan kepada badan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan sebagaimana 	<ul style="list-style-type: none"> • WHO menyebutkan, regulasi PHW (pictorial health warning) pada bungkus rokok bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang risiko merokok, dengan prinsip semakin luas semakin efektif. Australia, Brasil, Kanada, Singapura, Thailand, Inggris, Uruguay, Timor Timur, negara-negara anggota Uni-Eropa, dan India adalah negara-negara dengan luas PHW di atas 70%, bahkan 9 negara telah menetapkan <i>plain packaging</i> (kemasan polos) dengan PHW yang besar. Luas PHW di bungkus rokok di Indonesia masih 40%, dan masih tertutup oleh pita cukai, sehingga masih belum efektif. • Standar WHO menetapkan ukuran minimum 20 batang per bungkus rokok. Penjualan rokok dengan isi lebih sedikit per bungkus akan meningkatkan keterjangkauan karena harganya yang semakin murah. • Indonesia belum memiliki regulasi terkait standar kandungan nikotin dan volume e-liquid. Studi pengukuran e-liquid pada rokok elektronik yang dijual melalui ritel dan secara <i>online</i> diperoleh hasil kadar nikotin yang bervariasi dari 14,8 – 87,2 mg/ml pada larutan (Callahan-Lyon P, dkk, 2014). 	<p>Menetapkan kemasan yang distandarkan pada rokok konvensional maupun rokok elektronik yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pencantuman peringatan kesehatan bergambar sebesar 90% pada kemasan yang distandarkan (kemasan polos/<i>plain packaging</i>) baik untuk produk konvensional maupun rokok elektronik • Pengemasan standar rokok konvensional 20 batang/bungkus untuk menekan keterjangkauan • Pengemasan standar jumlah maksimum kandungan nikotin dan volume <i>e-liquid</i> pada rokok elektronik untuk mencegah konsumsi nikotin yang berlebihan
--	---	---	--

dimaksud pada ayat (4) dijadikan sebagai bahan pengawasan.

Pasal 440

Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau dan rokok elektronik harus memenuhi standarisasi kemasan yang terdiri atas desain dan tulisan.

Pasal 442

Peringatan Kesehatan merupakan tulisan dan gambar pada kemasan yang memberikan informasi dan edukasi mengenai bahaya merokok.

Pasal 443 ayat 1-3

- (1) Setiap orang yang memproduksi, memasukkan ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan/atau mengedarkan zat adiktif berupa produk tembakau dan/atau rokok elektronik wajib mencantumkan peringatan Kesehatan.
- (2) Pencantuman peringatan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:

Temuan FDA dalam pengujian kadar nikotin pada 3 (tiga) kartrid yang berbeda dengan label yang sama menunjukkan kadar nikotin yang bervariasi 26,8 – 43,2 µg /100 ml puff. Dengan tidak adanya standarisasi jumlah dan kualitas, maka dimungkinkan komposisi rokok elektronik tidak dapat terkontrol dan berpotensi menyesatkan. Kemasan standar kandungan nikotin pada rokok elektronik juga bertujuan untuk mencegah konsumsi yang berlebihan yang akan meningkatkan kecanduan dan membahayakan fungsi otak manusia.

	<p>a. berbentuk tulisan disertai gambar, yang dicantumkan pada permukaan kemasan dengan ukuran yang ditetapkan oleh Menteri; dan</p> <p>b. tercetak menjadi satu dengan kemasan produk tembakau dan rokok elektronik.</p> <p>(3) Setiap orang yang memproduksi, memasukkan ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan/atau mengedarkan zat adiktif berupa rokok elektronik dengan tidak mencantumkan peringatan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:</p> <p>a. penarikan rokok elektronik; dan/atau</p> <p>b. denda administratif sebesar Rp.500.000.000 (lima ratus juta rupiah).</p> <p>Pasal 444 Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau dan rokok elektronik wajib mencantumkan informasi pada label setiap kemasan dengan</p>		
--	---	--	--

penempatan yang jelas dan mudah dibaca dengan ketentuan:

- a. pernyataan mengandung nikotin, tar, dan/atau zat lainnya;
- b. pernyataan “dilarang menjual atau memberi kepada anak berusia di bawah 18 tahun dan perempuan hamil”;
- c. kode produksi, tanggal, bulan, dan tahun produksi, serta nama dan alamat produsen; dan
- d. pernyataan “tidak ada batas aman” dan “mengandung lebih dari 7000 zat kimia berbahaya serta lebih dari 69 zat penyebab kanker” untuk produk tembakau.

Pasal 445

Ketentuan lebih lanjut mengenai standarisasi kemasan, pencantuman peringatan Kesehatan, dan informasi lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 440, Pasal 443, Pasal 444 diatur dengan Peraturan Menteri.

Pendanaan Kesehatan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
1123	<p>Pendanaan Kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. kecukupan; B. kemanfaatan; C. keadilan; D. efektif dan efisien; E. berkesinambungan; dan F. transparan dan akuntabel 	<p>Salah satu pilar substansi utama Pemerintah menghapuskan <i>mandatory spending</i> adalah kurangnya fleksibilitas fiskal dalam penyusunan, implementasi, serta monitoring evaluasi anggaran kesehatan di pusat maupun daerah. Akan tetapi, pasal 1123 RPP secara spesifik belum menyebutkan prinsip fleksibilitas di dalam pasalnya.</p> <p>Menurut WHO (2018), prinsip fleksibilitas perencanaan pendanaan kesehatan dapat dicapai jika pemerintah mengintegrasikan penganggaran kesehatan ke dalam program yang lebih luas (lintas sektor) melalui skenario <i>pools of resources</i>. Mekanisme ini ditujukan untuk mengurangi risiko fragmentasi serta overlap penganggaran kesehatan lintas sektor. Penganggaran yang fleksibel juga membuat realokasi anggaran untuk pembangunan kesehatan dalam kondisi tertentu dapat dimungkinkan. Ini berbeda dengan skema <i>fixed budgeting</i> yang membuat realokasi anggaran sulit untuk dilakukan akibat ketatnya mekanisme birokrasi</p> <p>Akan tetapi, ada prasyarat yang harus</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1123:</p> <p>Pendanaan Kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Kecukupan; B. Kemanfaatan; C. Keadilan; D. Efektif dan efisien; E. Berkesinambungan; dan F. Transparan dan akuntabel G. Fleksibel H. Partisipatif

		<p>dipenuhi yaitu program anggaran telah didefinisikan dengan rinci serta memperhatikan prinsip interoperabilitas sehingga terdapat pemahaman yang koheren antar pemangku kebijakan kesehatan lintas sektor. Selain skema pooling, indikator kinerja (performance based) diperlukan sebagai prasyarat fleksibilitas anggaran untuk pembangunan sektor kesehatan</p> <p>Tidak hanya mendorong Fleksibilitas, CISDI juga mendorong agar pendanaan kesehatan diselenggarakan dengan memperhatikan prinsip partisipatif atau partisipasi bermakna. Hal ini sejatinya sudah diatur dalam UU penyusunan peraturan perundang-undangan (termasuk kebijakan publik), bahwa penyusunan kebijakan harus memperhatikan partisipasi bermakna masyarakat sipil (didengarkan pendapatnya; dipertimbangkan pendapatnya; serta diberikan penjelasan atas pendapatnya) untuk memastikan tersedianya wadah aspirasi, fungsi kontrol dan pengawasan dalam desain kebijakan, termasuk dalam ini penganggaran kesehatan</p>	
<p>Pasal 1126 ayat 3</p>	<p>Penyusunan rencana induk bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Menteri dengan melibatkan Menteri yang</p>	<p>Dalam konteks koordinasi penyusunan RIBK, pasal 1126 belum menyebutkan proses konsultasi bersama elemen masyarakat sipil,</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1126 ayat (3): Penyusunan Rencana Induk Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Menteri</p>

	<p>menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Keuangan Negara, Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pembangunan nasional, Menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang pemerintahan dalam negeri dan kementerian/lembaga yang menyelenggarakan fungsi Kesehatan.</p>	<p>khususnya komunitas terdampak. Padahal, untuk mewujudkan <i>people centered national health system</i>, diperlukan peran komunitas agar kualitas sistem kesehatan dan layanan kesehatan yang dikembangkan dapat meningkat. Hal ini dimungkinkan dengan terakomodasinya kebutuhan masyarakat (komunitas terdampak) yang mendorong peningkatan penerimaan (<i>acceptability</i>) masyarakat terhadap layanan kesehatan. Selain itu, perspektif masyarakat sipil juga dibutuhkan untuk memastikan akuntabilitas penganggaran pembangunan kesehatan. Adapun praktik baik dari kebijakan ini ialah kebijakan <i>National Health Assembly</i> di Thailand, yang memungkinkan perencanaan, implementasi, monitoring-evaluasi kebijakan kesehatan, melibatkan elemen masyarakat sipil untuk memastikan prioritas penganggaran dan kebijakan sudah merefleksikan kebutuhan komunitas yang paling terdampak.</p>	<p>dengan melibatkan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Keuangan Negara, Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pembangunan nasional, Menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang pemerintahan dalam negeri dan kementerian/lembaga yang menyelenggarakan fungsi Kesehatan, serta elemen masyarakat sipil yang berhubungan langsung/tak langsung dalam pembangunan kesehatan.</p>
<p>Pasal 1126 ayat 4</p>	<p>Penyusunan Rencana induk bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memperhatikan prinsip:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. perbaikan sistem penganggaran; B. penganggaran berbasis kinerja; C. penerapan penganggaran jangka menengah; D. sinkronisasi belanja Kesehatan pusat dan daerah yang dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 	<p>Ditambahkan pada pasal 1126 ayat (4): Penyusunan Rencana Induk Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memperhatikan prinsip:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. perbaikan sistem penganggaran; B. penganggaran berbasis kinerja; C. penerapan penganggaran jangka menengah; D. sinkronisasi belanja Kesehatan pusat dan daerah yang dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan. E. Partisipasi bermakna masyarakat sipil 	

Pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Kader Kesehatan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
513	<p>(1) Kader pada pos pelayanan terpadu harus berasal dari masyarakat setempat dan diberikan pembinaan teknis dan kelembagaan.</p> <p>(2) Pembinaan teknis Kesehatan dilakukan oleh Puskesmas dan/atau unit Pelayanan Kesehatan di desa/kelurahan untuk menyelenggarakan pelayanan sosial dasar bidang Kesehatan.</p> <p>(3) Dalam menyelenggarakan pelayanan sosial dasar bidang Kesehatan, Kader memiliki peran, meliputi: a. penggerak masyarakat untuk berperan serta dalam upaya kesehatan sesuai kewenangannya; b. penggerak masyarakat agar memanfaatkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar; c. pengelola Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat; d. penyuluh Kesehatan kepada masyarakat; e. pencatat kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan; dan f. pelapor jika ada permasalahan atau kasus Kesehatan setempat pada Tenaga Kesehatan.</p> <p>(4) Pembinaan kelembagaan dilakukan oleh pemerintah desa/kelurahan atau pemangku kepentingan terkait lainnya</p>	<p>Selama ini rekrutmen kader kesehatan didasarkan pada penunjukan pemangku kepentingan di tingkat lokal seperti kepala desa/lurah (<i>Permenkes Nomor 8 Tahun 2019</i>), dan proses penunjukan kader kesehatan ini kerap dipengaruhi situasi politik desa yang akhirnya berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan.</p> <p>Pemerintah perlu memperbaiki mekanisme perekrutan kader kesehatan yang dapat dituangkan melalui Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Kesehatan, agar terintegrasi dengan rencana transformasi layanan kesehatan primer (ILP).</p> <p>WHO merekomendasikan bahwa dalam perekrutan kader kesehatan harus memperhatikan gender, jenjang pendidikan, keberterimaan masyarakat dan kapasitas serta pengalaman kandidat kader kesehatan (<i>WHO, 2018</i>) – kategori ini dapat menjadi acuan dalam menganalisa pembagian tugas kerja kader kesehatan berdasarkan kapasitas</p>	<p>Pasal 513 ditambahkan dan diubah agar memuat pengaturan terkait proses rekrutmen kader:</p> <p>(1) Pemerintah ditingkat desa perlu melakukan perekrutan kader kesehatan untuk ditempatkan di dalam layanan kesehatan primer dengan melibatkan tim pendamping kader. Perekrutan ini harus didasarkan pada regulasi yang ditetapkan pemerintah daerah dan pemerintah pusat.</p> <p>(2) Kader pada pos pelayanan terpadu harus berasal dari masyarakat setempat dan diberikan pembinaan teknis dan kelembagaan dengan memperhatikan kompetensi dan pengalaman kader kesehatan.</p> <p>(3) Pembinaan teknis Kesehatan dilakukan oleh</p>

		<p>kompetensi dan pendidikan kandidat kader kesehatan. Agar terciptanya kader kesehatan yang profesional dan berkompeten pemerintah juga perlu menyediakan pelatihan standar yang menyesuaikan program orientasi dan pelatihan yang sesuai dengan kompetensi awal kader (<i>Jaskiewicz & Deussom, 2013</i>).</p> <p>Oleh karena itu, pemerintah perlu merevisi <i>Permendagri Nomor 18 Tahun 2018 (Tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Adat)</i> dan <i>Permenkes Nomor 8 Tahun 2019 (Tentang Pemberdayaan Masyarakat Dibidang Kesehatan)</i>, untuk memberikan landasan regulasi dalam merekrut kader kesehatan secara profesional.</p> <p>Pemerintah dapat mengadopsi dan memodifikasi praktik baik negara lain dalam membuat komite atau tim pendamping kader khusus yang melibatkan lintas sektor dalam hal ini melibatkan <u>dinas kesehatan, dinas lingkungan hidup, kependudukan dan catatan sipil, pemerintah desa, TP-PKK Kecamatan dan TP-PKK Kelurahan, dengan Puskesmas sebagai koordinator. Tim pendamping kader bertugas memimpin</u></p>	<p>Puskesmas dan/atau unit Pelayanan Kesehatan di desa/kelurahan untuk menyelenggarakan pelayanan sosial dasar bidang Kesehatan.</p> <p>Ditambahkan penjelasan ayat 1:</p> <p>Perekrutan kader kesehatan harus memperhatikan gender, jenjang pendidikan, keberterimaan masyarakat dan kapasitas serta pengalaman kandidat kader kesehatan.</p> <p>Yang dimaksud dengan tim pendamping kader adalah tim khusus yang melibatkan lintas sektor pemerintahan dan masyarakat, untuk bertugas memimpin proses perekrutan kader kesehatan, menentukan klasterisasi, serta <i>monitoring</i> evaluasi kinerja kader kesehatan.</p>
--	--	--	---

		<p>proses perekrutan kader kesehatan, menentukan klasterisasi, serta <i>monitoring evaluasi kinerja kader kesehatan</i>. Tim ini juga dapat membantu pemangku kebijakan setempat dalam membuat skema pengupahan bagi kader kesehatan dan dapat terlibat dalam proses pengawasan distribusinya insentif bagi kader kesehatan.</p>	
<p>514</p>	<p>(1) Kader diberikan insentif. (2) Insentif dapat bersumber dari anggaran Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Pemerintah Desa. (3) Besaran insentif lingkup kabupaten/kota ditetapkan oleh kepala daerah. (4) Dalam menetapkan besaran insentif kepala daerah mempertimbangkan antara hak dan kewajiban kader.</p>	<p>Kader sudah diakui sebagai pelaksana kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) pada UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan atau salah satu komponen dalam sistem kesehatan.</p> <p>Pengakuan ini harus diiringi dengan pemenuhan hak kader kesehatan yakni berupa insentif, terlebih saat ini kader kesehatan harus menguasai 25 kompetensi dasar. Penentuan insentif perlu didasarkan pada hak dan kewajiban kader kesehatan.</p> <p>World Health Organization (WHO) dalam Panduan mengenai Integrasi <i>Community Health Workers</i> ke Sistem Kesehatan</p>	<p>Ditambahkan hak dan kewajiban kader dalam bagian Penjelasan Pasal 514 ayat 4:</p> <p>Hak dan kewajiban kader meliputi setidaknya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuntutan pekerjaan - Kompleksitas - Jumlah jam kerja - Pelatihan dan peran kader kesehatan <p>Ditambahkan penjelasan untuk Pasal 514 ayat 2:</p> <p>"Pemerintah pusat,</p>

		<p>menyebutkan pemberian insentif finansial dan non-finansial bagi kader kesehatan berdampak meningkatkan motivasi, mengurangi hambatan pekerjaan, serta mendorong keberlanjutan program kesehatan</p> <p>Pemerintah dapat memberikan insentif finansial dalam bentuk gaji (remunerasi) dan bonus. Lalu untuk insentif non-finansial pemerintah dapat memberikan pelatihan, pengakuan / apresiasi (sertifikat, piagam), seragam dan kesempatan untuk pengembangan karir (<i>Agarwal et al., 2019</i>). Agar optimal, pemerintah perlu merincikan bentuk, penentuan besaran, penentuan pengadaan, dan distribusi insentif kepada kader kesehatan, sebab selama ini Indonesia belum memiliki standar acuan nasional tentang insentif kader kesehatan.</p> <p>Dalam menentukan besaran insentif (remunerasi) selain kompetensi, waktu kerja juga dapat menjadi pertimbangan pemerintah dalam menghitung besaran remunerasi yang diterima kader kesehatan. Namun, hal ini dapat terkendala akibat masih adanya gap jam kerja kader di setiap daerah, dikarenakan belum adanya regulasi terkait standar jam kerja kader kesehatan. RPP bidang kesehatan diharapkan pelan-pelan dapat memasukan waktu kerja sebagai</p>	<p>Pemerintah Daerah dan/atau Pemerintah Desa harus membuat anggaran kesehatan khusus untuk insentif kader dan dialokasikan setiap tahunnya.”</p> <p>Penambahan ayat (5) dalam pasal 514</p> <p>(1) Kader diberikan insentif. (2) Insentif dapat bersumber dari anggaran Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Pemerintah Desa. (3) Besaran insentif lingkup kabupaten/kota ditetapkan oleh kepala daerah. (4) Dalam menetapkan besaran insentif kepala daerah mempertimbangkan antara hak dan kewajiban kader. (5) Dalam hal pendistribusian insentif bagi kader kesehatan, Pemerintah Daerah wajib membuat Surat Keputusan yang memuat petunjuk teknis terkait distribusi.</p>
--	--	--	--

		<p>komponen remunerasi secara bertahap (transisi), selain mempertimbangkan komponen kompetensi.</p> <p>Ketiadaan landasan regulasi yang kuat untuk menjamin pengalokasian anggaran khusus setiap tahun, standarisasi besaran insentif, dan mekanisme distribusi, menjadi kekhawatiran terhadap komitmen pemerintah daerah dan/atau desa terhadap akuntabilitas dan transparansi pemenuhan insentif bagi kader kesehatan. Walaupun belum ada regulasi dasar, tapi beberapa wilayah di Indonesia sudah memberikan praktik baik terkait pemenuhan insentif kader kesehatan yakni kota Surabaya dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 14 Tahun 2022 tentang Pemberian Biaya Jasa Pelayanan/Honorarium bagi Warga Pelayan Masyarakat di Kota Surabaya; dan Provinsi Nusa Tenggara Barat lewat Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat No 30 Tahun 2021 Tentang Revitalisasi Pos Pelayanan Terpadu (Didukung oleh Instruksi Gubernur NTB No 050.01/KUM/Tahun 2022).</p>	
--	--	---	--

Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Integrasi Layanan Kesehatan Primer (ILP)

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
519	<p>(1) Struktur jejaring lintas sektor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 508 ayat (3) huruf e mencakup jejaring pemerintah kecamatan, kelurahan, desa, dusun, rukun tetangga, rukun warga, dan jejaring mitra Kesehatan untuk mengatasi determinan Kesehatan.</p> <p>(2) Jejaring mitra Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sektor swasta dan komponen masyarakat</p> <p>(3) Pelibatan jejaring lintas sektor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mendukung Pelayanan Kesehatan dalam bentuk materi dan nonmateri.</p>	<p>Perlu ada penjelasan bahwa kemitraan dengan pihak swasta bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, bukan hanya untuk meningkatkan keuntungan salah satu atau kedua pihak pemberi layanan kesehatan. Berdasarkan kerangka analisis kemitraan layanan kesehatan Heard et al. (2006), kemitraan perlu dievaluasi apakah sudah mendorong peningkatan kualitas, efisiensi, dan keadilan / kesetaraan akses layanan kesehatan bagi masyarakat.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 519 ayat (3):</p> <p>(3) Pelibatan jejaring lintas sektor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mendukung Pelayanan Kesehatan dalam bentuk materi dan nonmateri dengan tujuan akhir peningkatan efisiensi, kualitas, dan keadilan akses layanan kesehatan</p>
524	<p>(1) Dalam rangka penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan primer masyarakat berperan:</p> <p>a. menggerakkan masyarakat dalam menerapkan pola hidup sehat;</p> <p>b. mendukung kemudahan akses dalam jejaring Pelayanan Kesehatan; dan</p> <p>c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer berbasis masyarakat.</p> <p>(2) Dalam hal masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa badan usaha swasta, tanggung</p>	<p>Masih banyak masyarakat di Indonesia yang mengakses layanan kesehatan swasta di level primer maupun rujukan. Oleh karena itu, perlu ada regulasi yang memastikan bahwa sektor kesehatan swasta memiliki tujuan yang sama untuk kepentingan publik, dan meningkatkan minat sektor swasta untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan.</p>	<p>Ditambahkan ayat pada pasal 524 :</p> <p>(3) Dalam rangka meningkatkan peran masyarakat terutama badan usaha swasta seperti pada ayat (2), Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah perlu membuat perjanjian kerja sama yang menjelaskan</p>

	<p>jawab atas penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer dapat dilakukan melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. kerja sama pemenuhan sarana prasarana dan pemenuhan perbekalan kesehatan yang terkait Pelayanan Kesehatan Primer; b. kerja sama peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di Pelayanan Kesehatan primer; c. kerja sama dukungan operasional pemberdayaan masyarakat; dan d. kerja sama dalam diseminasi informasi Kesehatan. 	<p>Joudyian et al. (2021) merekomendasikan pemerintah dapat merumuskan perjanjian kerja sama yang memperjelas peran masing-masing aktor, serta menetapkan insentif agar sektor swasta percaya bahwa menyediakan layanan untuk masyarakat juga akan berdampak baik kepada badan usaha mereka.</p> <p>Adapun dengan ditetapkannya regulasi di tingkat lebih tinggi, Permenkes No. 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Noninfrastruktur Kesehatan dapat diperbaharui dan diimplementasikan dengan lebih baik.</p>	<p>dengan seksama tugas dan kewenangan setiap pihak, dan dapat menetapkan insentif finansial maupun non finansial untuk mendorong kerja sama</p>
--	--	---	--

Partisipasi Masyarakat dan Tata Kelola Pembinaan-Pengawasan

Pada UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, partisipasi masyarakat diatur dalam Pasal 417 ayat 1 - 4

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
1139 ayat (2)	Keikutsertaan masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui komunikasi/konsultasi kebijakan publik , penyampaian aspirasi, advokasi, rapat dengar pendapat, musyawarah perencanaan pembangunan di setiap level administrasi pemerintahan, serta mekanisme lainnya.	Komunikasi kebijakan publik dan konsultasi kebijakan publik merupakan dua aktivitas yang berbeda, dilakukan dengan metode yang berbeda, dan dilakukan untuk tujuan yang berbeda. Sebaiknya komunikasi kebijakan atau yang biasa disebut sosialisasi kebijakan dipisahkan dengan konsultasi kebijakan publik.	Ditambahkan pada pasal 1139 ayat (2): Keikutsertaan masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui komunikasi dan konsultasi kebijakan publik , penyampaian aspirasi, advokasi, rapat dengar pendapat, musyawarah perencanaan pembangunan di setiap level administrasi pemerintahan, serta mekanisme lainnya
1142 ayat (5)	Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial bertanggung jawab memfasilitasi pelaksanaan partisipasi masyarakat dalam: <ul style="list-style-type: none"> a. Penyelenggaraan rehabilitasi sosial bagi orang dengan gangguan jiwa, pecandu atau korban penyalahguna narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya; dan b. Pembudayaan gerakan masyarakat hidup sehat. 	Selain soal rehabilitasi sosial dan pembudayaan Germas, Kemensos perlu didorong untuk punya peran dalam memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam identifikasi, penjangkauan, dan pemenuhan kebutuhan kelompok rentan	Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (5): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial bertanggung jawab memfasilitasi pelaksanaan partisipasi masyarakat dalam: <ul style="list-style-type: none"> a. Penyelenggaraan rehabilitasi sosial bagi orang dengan gangguan jiwa, pecandu atau korban penyalahguna narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya; b. Upaya identifikasi, penjangkauan, dan pemenuhan kebutuhan kelompok rentan; dan c. Pembudayaan gerakan masyarakat hidup sehat.

1142 ayat (6)	Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Kesehatan sekolah.	Saat ini, struktur Menteri yang memegang tanggung jawab di bidang Pendidikan bukan hanya untuk pendidikan dasar dan menengah, namun juga pendidikan tinggi.	Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (6): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Kesehatan di sekolah dan perguruan tinggi.
1142 ayat (9)	Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pekerjaan umum bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam menyediakan tempat dan fasilitas umum yang memenuhi standar dan persyaratan Kesehatan.	Menteri yang bertanggung jawab dalam bidang pekerjaan umum juga punya tanggung jawab di bidang perumahan rakyat. Perumahan/hunian (<i>housing</i>) merupakan salah satu determinan kesehatan terdekat yang sering kita <i>taken for granted</i> .	Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (9): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam menyediakan hunian layak dan tempat atau fasilitas umum yang memenuhi standar dan persyaratan Kesehatan.
1142 ayat (11)	Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang lingkungan hidup dan kehutanan bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam: <ul style="list-style-type: none"> a. Mewujudkan dan memelihara kualitas lingkungan yang sehat yang memenuhi standar baku mutu kesehatan dan persyaratan Kesehatan lingkungan; dan b. Pengawasan pengelolaan sampah dan limbah. 	Pengawasan seharusnya bukan hanya soal sampah dan limbah tapi juga dalam hal kualitas lingkungan, yang sering kali disebabkan oleh kebijakan pemerintah dan aktivitas industri.	Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (11): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang lingkungan hidup dan kehutanan bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam: <ul style="list-style-type: none"> a. Mewujudkan, memelihara, dan mengawasi kualitas lingkungan yang sehat yang memenuhi standar baku mutu kesehatan dan persyaratan Kesehatan lingkungan; dan b. Pengawasan pengelolaan sampah dan limbah.
1142 ayat (12)	Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam:	Partisipasi masyarakat dapat didorong bukan hanya untuk pengawasan iklan/tayangan yang tidak mendukung informasi layanan kesehatan, literasi kesehatan, dan budaya hidup bersih	Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (12): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam:

	<ul style="list-style-type: none"> a. Diseminasi informasi layanan kesehatan, literasi kesehatan, serta budaya hidup bersih dan sehat; dan b. Pelaksanaan pengawasan terhadap iklan/tayangan yang tidak mendukung informasi layanan kesehatan, literasi kesehatan, serta budaya hidup bersih dan sehat kepada masyarakat. 	<p>dan sehat. Namun juga untuk pengaturan iklan/tayangan yang memuat produk/jasa yang memiliki dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Diseminasi informasi layanan kesehatan, literasi kesehatan, serta budaya hidup bersih dan sehat; b. Pelaksanaan pengawasan terhadap iklan/tayangan yang tidak mendukung informasi layanan kesehatan, literasi kesehatan, serta budaya hidup bersih dan sehat kepada masyarakat; dan c. Pengaturan dan pengawasan terhadap iklan/tayangan yang memuat promosi terhadap produk/jasa yang memiliki dampak negatif bagi kesehatan masyarakat.
1142 ayat (13)	<p>Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perindustrian bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam pengembangan industri yang memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan dalam negeri, serta memproduksi pangan sehat.</p>	<p>Kementerian di bidang Perindustrian juga perlu memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam pengaturan dan pengawasan produk industri yang memiliki dampak negatif terhadap kesehatan, seperti produk hasil tembakau dan produk tinggi kandungan gula, garam, dan lemak (GGL).</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (13): Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perindustrian bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengembangan industri yang memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan dalam negeri, serta memproduksi pangan sehat. b. Pengaturan dan pengawasan produk industri yang memiliki dampak negatif terhadap kesehatan, seperti produk hasil tembakau dan produk tinggi kandungan gula, garam, dan lemak (GGL).

<p>1142 ayat (17)</p>	<p>Kepala badan yang menyelenggarakan tugas penanggulangan bencana bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyediaan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan dalam penanggulangan bencana; dan b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada bencana. 	<p>Kurang lengkap, seharusnya bisa ditambahkan fasilitasi partisipasi masyarakat pada fase pasca bencana, karena biasanya fase itu membutuhkan bantuan untuk bisa pulih kembali dan terhindar dari wabah penyakit akibat bencana.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1142 ayat (17): Kepala badan yang menyelenggarakan tugas penanggulangan bencana bertanggung jawab memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyediaan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan dalam penanggulangan bencana; b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada bencana; dan c. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penunjang kesehatan pasca bencana seperti akses air bersih dan sanitasi.
<p>1146 ayat (1)</p>	<p>Pengawasan terhadap penyelenggaraan Kesehatan bertujuan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengendalikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan agar berjalan efektif dan efisien; dan b. Memastikan penyelenggaraan kesehatan dilaksanakannya ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan oleh setiap penyelenggara kegiatan dan masyarakat terkait penyelenggaraan kesehatan. 	<p>Upaya pengawasan dalam PP Kesehatan idealnya bukan hanya mengatur dalam cakupan bidang pelayanan dan penyelenggaraan kesehatan saja, melainkan juga bidang lain di luar bidang kesehatan yang memiliki dampak terhadap kesehatan masyarakat.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1146 ayat (1): Pengawasan terhadap penyelenggaraan Kesehatan bertujuan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengendalikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan agar berjalan efektif dan efisien; b. Memastikan penyelenggaraan kebijakan pembangunan yang berwawasan kesehatan untuk semua bidang yang memiliki dampak langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan masyarakat; dan c. Memastikan penyelenggaraan kesehatan dilaksanakannya ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan oleh setiap penyelenggara kegiatan dan masyarakat terkait penyelenggaraan kesehatan.

<p>1146 ayat (2, 3, dan 4)</p>	<p>(2) Dalam rangka pengawasan penyelenggaraan kesehatan, Menteri, gubernur, atau bupati/wali kota dapat membentuk unit kerja dan mengangkat tenaga pengawas bidang kesehatan.</p> <p>(3) Tenaga pengawas bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan aparatur sipil negara yang memiliki kompetensi pengawasan di bidang kesehatan yang diperoleh melalui pelatihan serta diangkat dan ditugaskan untuk melakukan pengawasan di bidang kesehatan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Lingkup tugas tenaga pengawas bidang kesehatan meliputi pengawasan terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk ketaatan pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat; Ketaatan terhadap standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, serta etika dan disiplin profesi Dampak Pelayanan Kesehatan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan; Evaluasi penilaian kepuasan masyarakat; 	<p>Tenaga Pengawas Bidang Kesehatan di sini baru mencakup pengawasan di level layanan dan pengelolaan kesehatan. Peran Tenaga Pengawas Bidang Kesehatan ini idealnya bisa diperluas untuk monitoring dan evaluasi penyelenggaraan agenda pembangunan bidang lain yang berdampak pada kesehatan masyarakat. Frasa “pembangunan berwawasan kesehatan” menjadi dasar dari perlunya peran pengawasan lintas sektor ini.</p> <p>Sebelumnya, Tenaga Pengawas Bidang Kesehatan ini mengacu pada Permenkes 10/2018, namun karena sebelumnya bersifat Permenkes, jadi memiliki kewenangan yang terbatas pada pelaksanaan peraturan di lingkup Kementerian Kesehatan saja.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1146 ayat (3) dan (4)</p> <p>(3) Tenaga pengawas bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan aparatur sipil negara yang memiliki kompetensi pengawasan di bidang kesehatan yang diperoleh melalui pelatihan serta diangkat dan ditugaskan untuk melakukan pengawasan di bidang-bidang yang memiliki dampak langsung/tidak langsung terhadap kesehatan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Lingkup tugas tenaga pengawas bidang kesehatan meliputi pengawasan terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk ketaatan pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat; Ketaatan terhadap standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, serta etika dan disiplin profesi; Dampak Pelayanan Kesehatan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan; Dampak penyelenggaraan pembangunan bidang lain yang secara langsung/tidak langsung mempengaruhi kesehatan masyarakat; Evaluasi penilaian kepuasan masyarakat;
--------------------------------	---	--	--

	<p>e. Akuntabilitas dan kelayakan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan serta Pengelolaan Kesehatan; dan</p> <p>f. Objek pengawasan lain sesuai dengan kebutuhan.</p>		<p>f. Akuntabilitas dan kelayakan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan serta Pengelolaan Kesehatan; dan</p> <p>g. Objek pengawasan lain sesuai dengan kebutuhan.</p>
--	---	--	---

Penanggulangan KLB dan Wabah

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan	Rekomendasi
256	(4) Upaya Kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan pada lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, dan tempat dan fasilitas umum.	Perlu adanya penambahan Lingkungan sekitar Industri, TPS dan Pertambangan. Hal ini karena lokasi tersebut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kondisi kesehatan masyarakat.	Ditambahkan pada pasal 256 ayat (4): (4) Upaya Kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan pada lingkungan pemukiman, industri, Tempat Pembuangan Sampah (TPS), pertambangan, tempat kerja, tempat rekreasi, dan tempat dan fasilitas umum.
257	(3) Media air sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi: a. air minum; dan b. air untuk kolam renang, solus per aqua, dan pemandian umum. (4) Media udara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi: a. udara dalam ruang; dan b. udara ambien pada lokasi berkumpulnya orang banyak.	Ayat 3 Perlu penambahan air yang berada di Sungai/sumur dan PDAM. Karena akses air tersebut merupakan air yang paling sering digunakan oleh masyarakat dan berpotensi menyebarkan water-borne disease baik yang dikulit maupun yang masuk ke dalam organ (ex: kecacingan, jamur, leptospirosis, etc) Ayat 4, cukup udara ambien secara general, agar ruang lingkupnya lebih menyeluruh dan tidak terlalu sempit pada tempat berkumpul saja. Seperti yang kita ketahui, polusi di Jakarta ada di seluruh Provinsi dan tidak hanya pada tempat berkumpul saja	Diubahnya pasal 257 ayat (3) dan (4) dan ditambahkan ayat (5): (3) Media air sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi: a. Air minum; b. Air sungai/sumur/PDAM, dan a. air untuk kolam renang, solus per aqua, dan pemandian umum. (4) Media udara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi: a. udara dalam ruang; dan b. udara ambien. (5) Media Tanah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi:

		Perlu Penambahan Ayat terkait tanah, karena polusi tanah lebih kompleks (ex: sampah, feses, limbah kimia dari bahan rumah tangga seperti sabun dkk). Menurut UNICEF, 70% dari 20 ribu rumah tangga meminum air yang terkontaminasi feses (UNICEF, 2022).	<p>a. Tanah di sekitar tempat pembuangan sampah umum maupun sampah medis dan sampah B3</p> <p>b. Tanah di sekitar sumber air</p> <p>c. Tanah tempat pembuangan limbah/feses</p>
258	<p>(3) Persyaratan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain:</p> <p>a. memastikan air dalam keadaan terlindung dari sumber pencemaran, binatang pembawa penyakit, dan tempat perkembangbiakan vektor;</p> <p>b. menerapkan sistem penghawaan atau ventilasi yang menjamin terjadinya pergantian udara;</p>	<p>Ayat 3 huruf a perlu menjelaskan air dan sumber air karena 2 hal tersebut berbeda. Selain itu, perlu adanya penekanan pada limbah industri, tambang, dan radioaktif karena komponen tersebut cukup krusial untuk mencegah <i>Climate Change</i> (Down to Earth, 2021)</p> <p>Ayat 3 huruf a, perlu adanya penekanan pada polusi udara, sehingga tidak sempit hanya pada penghawaan dan ventilasi udara. Karena sistem ventilasi udara yang baik dengan udara yang buruk maka akan mengancam kondisi kesehatan masyarakat.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 258 ayat (3):</p> <p>(3) Persyaratan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain:</p> <p>a. memastikan air dan sumber air dalam keadaan terlindung dari sumber pencemaran, limbah industri, tambang, radioaktif, binatang pembawa penyakit, dan tempat perkembangbiakan vektor;</p> <p>b. menerapkan sistem penghawaan atau ventilasi yang menjamin terjadinya pergantian udara serta sistem yang terintegrasi untuk memastikan kualitas udara yang minim polusi</p>
1031	(2) Kegiatan kewaspadaan KLB dan Wabah, penanggulangan KLB dan Wabah, dan pasca-KLB dan pasca-Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terkoordinasi,	Perlu adanya penekanan pada kewaspadaan KLB dan wabah yang berasal dari Negara lain (Internasional)	<p>Ditambahkan pada pasal 1031 ayat (2) dan (3):</p> <p>(2) Kegiatan kewaspadaan KLB dan Wabah, penanggulangan KLB dan Wabah,</p>

	<p>komprehensif, dan berkesinambungan di wilayah, Pintu Masuk, dan pelabuhan atau bandar udara yang melayani lalu lintas domestik.</p> <p>(3) Dalam pelaksanaan kegiatan kewaspadaan KLB, penanggulangan KLB, dan pasca-KLB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, akademisi atau pakar, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Negara Republik Indonesia, lintas sektor, dan/atau tokoh masyarakat/agama.</p>	<p>Perlu penambahan SDM Cadangan khususnya pada kegiatan penanggulangan KLB, terutama kader kesehatan. Kader kesehatan sangat dibutuhkan untuk memperkuat Surveilans Berbasis Masyarakat.</p>	<p>dan pasca-KLB dan pasca-Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terkoordinasi, komprehensif, dan berkesinambungan di wilayah, Pintu Masuk, dan pelabuhan atau bandar udara yang melayani lalu lintas internasional dan domestik.</p> <p>(3) Dalam pelaksanaan kegiatan kewaspadaan KLB, penanggulangan KLB, dan pasca-KLB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, SDM Cadangan, akademisi atau pakar, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Negara Republik Indonesia, lintas sektor, dan/atau tokoh masyarakat/agama, kelompok masyarakat sipil, dan kelompok masyarakat rentan terdampak</p>
1032	<p>(2) Kegiatan Kewaspadaan KLB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p> <p>a. pelaksanaan surveilans; Penjelasan: Pelaksanaan surveilans dapat dilakukan melalui surveilans berbasis indikator (indicator based surveillance), surveilans berbasis kejadian (event based surveillance), serta surveilans berbasis masyarakat (community based surveilans).</p> <p>b. pengendalian faktor risiko;</p>	<p>Perencanaan komunikasi risiko diharapkan peka terhadap pemangku kepentingan, partisipatif, responsif terhadap konteks, dan menghimpun masukan banyak kelompok terdampak.</p> <p>Dalam konteks koordinasi, pemerintah perlu menyediakan akses komunikasi lintas geografi, disiplin, dan lintas negara sebagai salah satu hal yang paling direkomendasikan. Selain itu, direkomendasikan juga pelibatan</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1032 ayat (2):</p> <p>(2) Kegiatan Kewaspadaan KLB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p> <p>a. pelaksanaan surveilans; Penjelasan: Pelaksanaan surveilans dapat dilakukan melalui surveilans berbasis indikator (indicator based surveillance), surveilans berbasis kejadian (event based surveillance), serta surveilans berbasis</p>

	<p>c. imunisasi terhadap orang dan binatang pembawa penyakit; d. penguatan sumber daya meliputi tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, alat kesehatan, dan laboratorium; dan/atau e. pengembangan rencana tanggap darurat untuk kesiapan menghadapi KLB dan sebagai upaya meminimalisasi terjadinya KLB berulang</p>	<p>pemerintah daerah untuk memastikan tersebarnya informasi pada lintas sektor.</p> <p><i>Guideline Communicating risk in public health emergencies (WHO: 2017)</i></p>	<p>masyarakat (community based surveilans). b. pengendalian faktor risiko; c. imunisasi terhadap orang dan binatang pembawa penyakit; d. penguatan sumber daya meliputi tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, alat kesehatan, laboratorium, kelompok masyarakat sipil, dan kelompok masyarakat terdampak; dan/atau e. pengembangan rencana tanggap darurat untuk kesiapan menghadapi KLB dan sebagai upaya meminimalisasi terjadinya KLB berulang</p>
1032	<p>(4) Penyelidikan epidemiologis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengumpulan data kesakitan dan kematian penduduk; b. pemeriksaan klinis, fisik, laboratorium dan penegakan diagnosis; dan c. pengamatan terhadap penduduk, pemeriksaan terhadap makhluk hidup lain dan benda yang ada di suatu wilayah yang diduga mengandung penyebab KLB 	<p>Ayat 4 huruf a perlu adanya penambahan klausa 'kontak tracing' yang dimaksudkan untuk adanya data kontak tracing yang dikumpulkan oleh petugas penyelidikan epidemiologi untuk menambah informasi terkait persebaran serta riwayat kontak pasien.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1032 ayat (4): (4) Penyelidikan epidemiologis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengumpulan data kesakitan, kontak tracing, dan kematian penduduk; b. pemeriksaan klinis, fisik, laboratorium dan penegakan diagnosis; dan c. pengamatan terhadap penduduk, pemeriksaan terhadap makhluk hidup lain dan benda yang ada di suatu wilayah yang diduga mengandung penyebab KLB

1035	<p>(4) Penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang berpotensi menimbulkan KLB meliputi penyakit menular yang:</p> <p>a. dapat menular dari manusia ke manusia dan/atau dari hewan ke manusia;</p> <p>b. berpotensi menimbulkan sakit yang parah, kecacatan, dan/atau kematian; dan</p> <p>c. berpotensi meningkat dan menyebar secara cepat.</p>	<p>Pendekatan <i>one health</i> lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persebaran penyakit, sebagai contoh polusi udara yang tidak menular, namun berpotensi menyebabkan penyakit endemik.</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1035 ayat (4): Penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang berpotensi menimbulkan KLB meliputi penyakit menular yang:</p> <p>a. dapat menular dari manusia ke manusia dan/atau dari hewan ke manusia dan/atau dari lingkungan ke manusia</p> <p>b. berpotensi menimbulkan sakit yang parah, kecacatan, dan/atau kematian; dan</p> <p>c. berpotensi meningkat dan menyebar secara cepat.</p>
1038	<p>(6) Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan melalui penyehatan, pengamanan, dan pengendalian media lingkungan, serta pengendalian perilaku dan faktor risiko lainnya.</p>	<p>Komunikasi risiko dan salah satunya pengendalian faktor risiko perlu bersifat inklusif dan diterapkan pada level komunitas yang berpotensi membentuk risiko baru dan membutuhkan respons segera (Shabana Khan, et al., 2022).</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1038 ayat (6): (6) Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan melalui penyehatan, pengamanan, dan pengendalian media lingkungan, serta pengendalian perilaku dan faktor risiko lainnya, dan pelibatan komunitas rentan dan terdampak</p>
1038	<p>(10) Promosi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f dilakukan melalui advokasi, sosialisasi, dan kemitraan.</p>	<p>Sebagai contoh, studi terdahulu menunjukkan pelibatan komunitas dalam penanganan Ebola di Afrika Barat dan Republik Demokratik Kongo berperan mencegah timbulnya misinformasi selama periode krisis (Kuehn, et al., 2022).</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1038 ayat (10): (10) Promosi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f dilakukan melalui advokasi, sosialisasi, kemitraan, dan kolaborasi lintas sektor.</p>
1042	<p>(3) Komunikasi risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan</p>	<p>Sebagai contoh, studi terdahulu menunjukkan pelibatan komunitas</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1042 ayat (3):</p>

	melalui pemberian informasi dan/atau edukasi kepada masyarakat.	dalam penanganan Ebola di Afrika Barat dan Republik Demokratik Kongo berperan mencegah timbulnya misinformasi selama periode krisis (Kuehn, et al., 2022).	(3) Komunikasi risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan melalui pemberian informasi, penangkalan misinformasi , dan/atau edukasi kepada masyarakat.
1046	(1) Dalam rangka pengamatan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1045, dilakukan pengawasan terhadap alat angkut, orang, barang, dan/atau lingkungan oleh Petugas Karantina Kesehatan.	In order to support One Health Joint Plan of Action (OH-JPA) tahun 2022-2026 memuat 6 (enam) <i>action tracks</i> yang saling berkaitan dan berkontribusi untuk mewujudkan sistem kesehatan dan keamanan makanan yang berkelanjutan, mengurangi ancaman kesehatan global, dan meningkatkan manajemen ekosistem, yaitu:	Ditambahkan pada pasal 1046 ayat (1): (1) Dalam rangka pengamatan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1045, dilakukan pengawasan terhadap alat angkut, orang, hewan , barang, dan/atau lingkungan oleh Petugas Karantina Kesehatan.
1048	(1) Setiap nakhoda, kapten penerbang, atau pengemudi pada saat kedatangan atau melewati pos lintas batas negara wajib menginformasikan apabila terdapat orang sakit dan/atau meninggal yang diduga kuat diakibatkan oleh penyakit dan/atau faktor risiko yang berpotensi menimbulkan Wabah kepada Petugas Karantina Kesehatan.	1. meningkatkan kapasitas One Health untuk meningkatkan sistem kesehatan; 2. mengurangi risiko epidemi serta pandemi zoonosis dan penyakit infeksius baru; 3. mengendalikan dan mengeliminasi zoonosis endemik, penyakit tropis yang terabaikan, dan penyakit yang disebabkan oleh vektor;	Ditambahkan pada pasal 1048 ayat (1): (1) Setiap nakhoda, kapten penerbang, atau pengemudi pada saat kedatangan atau melewati pos lintas batas negara wajib menginformasikan apabila terdapat orang dan atau hewan sakit dan/atau meninggal yang diduga kuat diakibatkan oleh penyakit dan/atau faktor risiko yang berpotensi menimbulkan Wabah kepada Petugas Karantina Kesehatan.
1050	(2) Nakhoda, kapten penerbang, atau pengemudi dilarang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau barang sebelum mendapat dokumen persetujuan karantina kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).		Ditambahkan pada pasal 1050 ayat (2): (2) Nakhoda, kapten penerbang, atau pengemudi dilarang menurunkan atau menaikkan orang, hewan , dan/atau barang sebelum mendapat dokumen

		<ol style="list-style-type: none"> 4. menguatkan pengkajian, manajemen, dan komunikasi risiko keamanan pangan; 5. mengatasi pandemi yang diakibatkan oleh resistensi antimikroba; dan 6. mengintegrasikan lingkungan ke dalam One Health. 7. Implementasi komunikasi risiko 	<p>persetujuan karantina kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).</p>
1081	<p>Pasal 1081 (1) Penanggulangan Wabah dilakukan melalui kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. investigasi penyakit; b. penguatan surveilans; c. penanganan penderita; d. pengendalian faktor risiko; e. penanganan terhadap populasi berisiko;; f. komunikasi risiko; dan/atau g. tindakan penanggulangan lainnya. 	<p>Dalam konteks koordinasi, pemerintah perlu menyediakan akses komunikasi lintas geografi, disiplin, dan lintas negara sebagai salah satu hal yang paling direkomendasikan. Direkomendasikan juga melibatkan pemerintah lokal untuk memastikan tersebarnya informasi pada lintas sektor.</p> <p><i>Guideline Communicating risk in public health emergencies (WHO: 2017)</i></p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1081 ayat (1): Penanggulangan Wabah dilakukan melalui kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. investigasi penyakit; b. penguatan surveilans; c. penanganan penderita; d. pengendalian faktor risiko; e. penanganan terhadap populasi berisiko;; f. komunikasi risiko; dan/atau g. tindakan penanggulangan lainnya. h. Kolaborasi lintas sektor
1082	<p>(1) Dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan Wabah, Pemerintah Pusat dapat membentuk satuan tugas yang melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, akademisi, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan pemangku kepentingan terkait lainnya.</p>	<p>Dalam hal perencanaan komunikasi risiko terhadap wabah juga diharapkan pemerintah peka terhadap pemangku kepentingan, partisipatif, responsif terhadap konteks, dan menghimpun masukan banyak kelompok terdampak. Dalam konteks koordinasi, pemerintah perlu menyediakan akses komunikasi lintas geografi, disiplin, dan lintas negara</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1082 ayat (1) dan (2): (1) Dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan Wabah, Pemerintah Pusat dapat membentuk satuan tugas yang melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, akademisi, tokoh masyarakat, tokoh agama, kelompok</p>

	<p>(2) Pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh Menteri dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait, Pemerintah Daerah, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Negara Republik Indonesia, dan masyarakat.</p>	<p>sebagai salah satu hal yang paling direkomendasikan. Direkomendasikan juga melibatkan pemerintah lokal untuk memastikan tersebarnya informasi pada lintas sektor.</p> <p><i>Guideline Communicating risk in public health emergencies (WHO: 2017)</i></p>	<p>masyarakat sipil, kelompok masyarakat terdampak, dan pemangku kepentingan terkait lainnya.</p> <p>(2) Pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh Menteri dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait, Pemerintah Daerah, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Negara Republik Indonesia, kelompok masyarakat sipil, dan kelompok masyarakat terdampak,</p>
1104	<p>(1) Setiap kegiatan KLB dan Wabah harus dilakukan pencatatan dan pelaporan melalui Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.</p> <p>(2) Pemanfaatan Data dan Informasi Kesehatan untuk penanggulangan KLB dan Wabah dilakukan dengan cepat, tepat, akurat, handal, dan bertanggungjawab.</p>	<p>Ayat 1. Untuk mengimplementasikan pendekatan One Health, perlu adanya integrasi data surveilans dengan menggunakan Sistem Informasi Zoonosis dan EID (SIZE) Untuk menjembatani dari tiga sistem informasi surveilans kesehatan di Indonesia yaitu SKDR (Sistem Kesehatan Dini dan Respon) untuk sektor kesehatan masyarakat dari Kementerian Kesehatan, iSIKHNAS (Sistem Informasi Kesehatan Hewan Nasional) untuk sektor kesehatan hewan dari Kementerian Pertanian; dan SehatSatli (Sistem Kesehatan Satwa Liar) untuk sektor kesehatan satwa liar dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (REF).</p>	<p>Ditambahkan pada pasal 1104 ayat (1) dan (2):</p> <p>(1) Setiap kegiatan KLB dan Wabah harus dilakukan pencatatan dan pelaporan melalui Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional dan Sistem Informasi Zoonosis dan EID (SIZE) bagi penyakit zoonosis.</p> <p>(2) Pemanfaatan Data dan Informasi Kesehatan untuk penanggulangan KLB dan Wabah dilakukan dengan cepat, lengkap, tepat waktu, akurat, handal, dan bertanggungjawab.</p>

		Ayat 2. Perlu adanya klausa yang menyebutkan terkait dengan data surveilans yang ' lengkap'. Menurut CDC, data surveilans yang berkualitas adalah data yang lengkap, akurat, dan real-time (CDC, 2020)	
1107	Ayat 1 huruf c. setiap orang yang mengelola bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit dan masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB dan Wabah yang tidak memenuhi standar pengelolaan,	Pada ayat huruf c perlu adanya penekanan terkait sanksi pada lembaga/organisasi/industri yang mengelola bahan yang mengandung atau menjadi agen penyebab penyakit serta wabah.	Ditambahkan pada pasal 1107 ayat (1) huruf c: c. setiap lembaga/organisasi/industri dan individu yang mengelola bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit dan masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB dan Wabah yang tidak memenuhi standar pengelolaan,

