



Daftar Inventarisasi Masalah RUU Kesehatan:

Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan Primer melalui RUU Kesehatan

Koalisi Transformasi Layanan Kesehatan Primer

Ringkasan Eksekutif

RUU Kesehatan akan mempengaruhi kehidupan semua warga Indonesia, dan oleh karena itu proses legislasinya perlu dicermati. Kritik dalam proses pada awal pembuatan naskah RUU Kesehatan mengiringi penyusunan, mulai dari minimnya pelibatan masyarakat sipil dalam proses dan terbatasnya akses publik terhadap naskah awal. Hal ini sudah ditanggapi pihak Kementerian Kesehatan melalui *Public Hearing*. Koalisi Transformasi Layanan Kesehatan Primer menyambut baik upaya ini dengan mengirimkan Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) sebagai masukan untuk RUU Kesehatan. Dalam dokumen ini, koalisi secara khusus mencatat beberapa pasal dan ketentuan yang berisiko berdampak secara langsung maupun tidak langsung dengan aspek kesehatan masyarakat.

Koalisi Transformasi Layanan Kesehatan Primer menyoroti isu Layanan Kesehatan Primer sesuai dengan pengalaman program dan kajian organisasi masyarakat sipil selama ini. Pada bulan April 2023, koalisi telah mengadakan diskusi secara informal dengan berbagai organisasi masyarakat sipil yang memiliki perhatian pada isu layanan kesehatan primer. Hasil diskusi tersebut menjadi pijakan analisis dokumen ini. Koalisi berusaha memastikan bahwa rekomendasi yang diberikan adalah rekomendasi dari berbagai perwakilan masyarakat sehingga bersifat inklusif.

Koalisi Transformasi Layanan Kesehatan Primer mendorong terwujudnya penguatan layanan kesehatan primer yang komprehensif serta non-diskriminatif. Untuk itu, melalui Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) ini, koalisi mendorong perluasan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan primer. Pertama, penekanan peran swasta dalam layanan kesehatan primer (Pasal 21D), pelayanan preventif diperluas agar mencakup edukasi, skrining, surveilans, vaksinasi, dan pemberian profilaksis (Pasal 21F); pengimplementasian prinsip kemandirian dan kemitraan pada pelaksanaan layanan kesehatan primer (Pasal 21I); perubahan tujuan pencatatan kematian agar ditujukan untuk perencanaan kebijakan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan untuk pencatatan kematian agar lebih inklusif (Pasal 90).

Kami merekomendasikan agar tim penyusun RUU Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan dan Badan Legislatif DPR RI untuk menghapus, mengubah ayat dan/atau pasal penjelas untuk memperkuat sistem kesehatan nasional melalui momentum penyusunan RUU Kesehatan

Daftar Inventarisasi Masalah untuk Perbaikan RUU Kesehatan
Koalisi Transformasi Layanan Kesehatan Primer

Topik: Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan Primer

Bunyi Pasal dan Penjelasan		Catatan Koalisi	Rekomendasi Koalisi
Draf DPR (7 Feb 2023)	Naskah DIM Pemerintah (13 April 2023)		
Pasal 90 Untuk kepentingan penegakan hukum dan administratif kependudukan, setiap orang yang mati harus diupayakan untuk diketahui sebab kematian dan identitasnya.	Pasal 90 Untuk kepentingan penegakan hukum dan administratif kependudukan, setiap orang yang mati harus diupayakan untuk diketahui sebab kematian dan identitasnya melalui audit kematian.	Pasal 90 ayat 1 hanya menyatakan bahwa pencarian penyebab kematian dan identitas hanya “untuk kepentingan penegakan hukum dan administratif kependudukan”. Padahal pada WHO Primary Health Care framework, audit kematian dan data kematian lainnya dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas PHC dan layanan kesehatan. Selain itu, Principles and Recommendations for vital statistics systems dari UN Stat juga menekankan pentingnya peranan layanan kesehatan dalam menghasilkan statistik hayati. Pada Perpres 62/2019, pemerintah juga menargetkan pada 2024, semua kematian sudah dapat terdata penyebab kematiannya berdasarkan ICD-10. Frasa "harus diupayakan" dan "untuk kepentingan penegakan hukum dan administratif kependudukan" pada pasal 90 ayat 1 ini mempersempit kewajiban layanan kesehatan dalam mencatat penyebab kematian pada kondisi hukum dan administratif saja, padahal seharusnya diwajibkan pada semua kematian, minimal untuk kematian yang terjadi di fasilitas kesehatan. COVID-19 telah menyoroti pentingnya bagi negara-negara untuk berinvestasi dalam data registrasi dan sistem statistik vital untuk memungkinkan penghitungan kematian setiap hari, serta upaya pencegahan dan pengobatan langsung.	Diubah menjadi Untuk kepentingan perencanaan kebijakan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan , setiap orang yang mati harus diupayakan untuk diketahui sebab kematian dan identitasnya melalui audit kematian.

Topik: Anggaran Kesehatan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan Koalisi	Rekomendasi Koalisi
420	(2) Besar anggaran kesehatan Pemerintah Pusat dialokasikan minimal sebesar 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.	<p>Melalui Daftar Inventarisasi Masalah RUU Kesehatan yang baru, Kementerian Kesehatan memutuskan untuk menghapus pasal 420 RUU Kesehatan yang mengatur alokasi minimal anggaran kesehatan sebesar 10% bagi Pemerintah Pusat. Terdapat beberapa alasan dari Pemerintah untuk menghapus pasal ini, mulai dari Tidak mengikuti penganggaran berbasis kinerja dan kaidah <i>money follow program</i>; risiko sempitnya ruang fiskal, risiko tidak fleksibelnya anggaran kesehatan, hingga tidak adanya kajian yang mendukung kebijakan ini. Padahal, dalam laporan kebijakan yang disusun oleh London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) menunjukkan bahwa untuk mencapai UHC, anggaran kesehatan minimal 5% PDB diperlukan untuk mewujudkan <i>sustainable health financing</i>, yang mana ini dapat berkontribusi untuk meminimalisir pengeluaran <i>out of pocket</i> yang ditanggung oleh tiap individu, membantu negara menyelesaikan program stunting, KIA, dan layanan lainnya (LSHTM, 2017).</p> <p>Dalam konteks Indonesia, anggaran kesehatan tidak memiliki tempat yang begitu spesial. Anggaran kesehatan Indonesia sendiri baru mengalami kenaikan setelah COVID-19 menghantam, dengan karakteristik kenaikan anggaran yang bersifat responsif. Dikhawatirkan, penghapusan ambang bawah</p>	Dipertahankan

		<p>anggaran 10% membuat alokasi anggaran untuk sektor kesehatan semakin termarginalkan. Bila Pemerintah memiliki ketakutan jika <i>mandatory spending</i> dapat meminimalisir ruang gerak pemerintah daerah dalam mengatur anggaran kesehatannya, hal tersebut dapat diselesaikan melalui penyusunan petunjuk teknis (Juknis) maupun <i>alignment National Health Account</i> dan <i>Regional Health Account</i> yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan daerah untuk dijadikan sebagai acuan / kompas penganggaran kesehatan di Indonesia</p>	
--	--	--	--

Rekomendasi dan Masukan Koalisi terkait Substansi Baru dari DIM Pemerintah

Pasal / Ayat	Bunyi	Rekomendasi dan Masukan
Pasal 21A	Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui: a. Pelayanan Kesehatan primer; dan b. Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.	Setuju dengan substansi baru
Pasal 21B	Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut diselenggarakan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.	Setuju dengan substansi baru
Pasal 21C	(1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut di seluruh wilayah Indonesia. (1a) Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diutamakan dengan mengoptimalkan peran Pemerintah Daerah. (2) Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut - Mengubah frasa “rujukan” dengan “tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan masyarakat. (3) Penyediaan akses pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup masyarakat miskin dan masyarakat rentan dan bersifat inklusif non-diskriminatif.	Setuju dengan substansi baru

	<p>(4) Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pembangunan sarana dan prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut; b. pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia, sediaan farmasi, dan alat kesehatan; dan c. Peningkatan kemampuan dan cakupan layanan fasilitas pelayanan kesehatan. 	
Pasal 21D	<p>(1) Masyarakat termasuk swasta dapat berpartisipasi untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.</p> <p>(2) Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk pemenuhan sumber daya manusia, sarana, prasarana, dan alat kesehatan.</p> <p>(3) Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan kebutuhan Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, dan termasuk untuk kebutuhan wahana pendidikan.</p> <p>(4) Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat membantu pemenuhan sumber daya manusia untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut di daerah</p>	Perlu dipertahankan substansinya karena telah melibatkan masyarakat dan pihak swasta.

	sebagaimana dimaksud pada ayat (2).	
Pasal 21E	Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa bertanggungjawab atas penyelenggaraan dan pembinaan pelayanan kesehatan primer.	Setuju dengan substansi baru
Pasal 21 F	<p>(1) Pelayanan kesehatan primer menyelenggarakan Upaya Kesehatan perorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat.</p> <p>(2) Pelayanan kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat sebagai kontak pertama dengan pelayanan kesehatan.</p> <p>3) Pelayanan kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan secara terintegrasi dengan tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. memenuhi kebutuhan kesehatan di setiap fase kehidupan; B. memperbaiki determinan kesehatan yang terdiri atas determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan; dan C. penguatan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas. <p>(4) Pelayanan kesehatan secara terintegrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif untuk setiap fase</p>	<p>Pada ayat (5) perlu ditambahkan:</p> <p>(5) Pelayanan preventif untuk pencegahan penyakit termasuk edukasi, skrining, surveilans, vaksinasi, dan pemberian profilaksis.</p> <p>Hal ini sesuai dengan rekomendasi WHO (2023) untuk pelayanan kesehatan primer yang lebih komprehensif.</p>

	<p>kehidupan.</p> <p>(5) Pelayanan preventif untuk pencegahan penyakit termasuk skrining dan surveilans.</p> <p>(6) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) secara strategis memprioritaskan pelayanan kesehatan utama/esensial yang ditujukan bagi perorangan, keluarga, dan masyarakat berdasarkan faktor risiko.</p> <p>(7) Memperbaiki determinan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b melibatkan pihak terkait melalui penyusunan kebijakan dan tindakan lintas sektor.</p> <p>8) Penguatan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c bertujuan untuk mengoptimalkan status kesehatan dan menguatkan peran mereka sebagai mitra pembangunan kesehatan dan pemberi asuhan untuk diri sendiri dan untuk orang lain.</p> <p>(9) Penguatan individu, keluarga, dan komunitas sebagaimana dimaksud pada ayat (7) memberikan layanan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga dan berorientasi pada komunitas yang sesuai dengan latar belakang sosial budaya.</p>	
<p>Pasal 21G</p>	<p>(1) Pelayanan kesehatan primer diselenggarakan melalui suatu sistem jejaring pelayanan kesehatan yang saling berkoordinasi</p>	<p>Setuju dengan substansi baru</p>

dan bekerjasama.

2) Puskesmas mengkoordinasikan sistem jejaring Konkordan keterangan pemerintah pada bagian pelayanan kesehatan primer di wilayah kerjanya.

(3) Sistem jejaring pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dirancang untuk menjangkau seluruh masyarakat melalui:

- A. Struktur jejaring berbasis wilayah administrasi;
- B. Unit pelayanan kesehatan di tingkat Konkordan keterangan pemerintah pada Bagian desa/kelurahan; dan
- C. Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, di dalam wilayah kerja Puskesmas
- D. struktur jejaring sistem rujukan; dan
- E. struktur jejaring lintas sektor

(4) Struktur jejaring berbasis wilayah administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a memastikan tersedianya pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan menjamin tersedianya pelayanan kesehatan hingga tingkat desa/kelurahan yang meliputi:

- A. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan penunjang baik milik pemerintah maupun swasta;
- B. Unit pelayanan kesehatan di tingkat pemerintah

	<p>desa/kelurahan; dan</p> <p>C. Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, di dalam wilayah kerja Puskesmas</p> <p>(5) Unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b mengoordinasikan urusan kesehatan di desa termasuk pemberian pelayanan kesehatan dan partisipasi masyarakat</p> <p>(6) Unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) paling sedikit dilaksanakan oleh kader kesehatan yang ditugaskan oleh desa dan tenaga kesehatan.</p> <p>(7) Struktur jejaring berbasis sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b mencakup semua institusi pendidikan di dalam wilayah kerja suatu Puskesmas.</p> <p>(8) Struktur jejaring berbasis tempat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c mencakup semua tempat kerja di dalam wilayah kerja suatu Puskesmas</p> <p>(9) Struktur jejaring sistem rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d dilakukan melalui rujukan secara vertikal, horizontal, dan rujuk balik.</p> <p>(10) Struktur jejaring lintas sektor sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e mencakup jejaring pemerintah kecamatan, kelurahan, desa, dusun, rukun tetangga, rukun warga, dan</p>	
--	--	--

	<p>jejaring mitra kesehatan untuk mengatasi determinan kesehatan.</p> <p>(11) Pelayanan kesehatan primer didukung oleh keterhubungan data pada sistem jejaringnya yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.</p>	
Pasal 21H	<p>(1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer didukung dengan laboratorium kesehatan.</p> <p>(2) Laboratorium kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi laboratorium medis, laboratorium kesehatan masyarakat, dan laboratorium lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.</p> <p>(3) Laboratorium kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditata secara berjenjang.</p> <p>(4) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan dan menyelenggarakan laboratorium kesehatan masyarakat.</p> <p>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai laboratorium kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah</p>	Setuju dengan substansi baru
Pasal 21I	<p>(1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa bertanggung jawab dalam membangun kemandirian dalam Upaya Kesehatan.</p> <p>(2) Dalam membangun kemandirian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Masyarakat bersumber daya masyarakat.</p>	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dijalankan tidak hanya oleh pemerintah melainkan juga oleh mitra-mitra terkait termasuk masyarakat, sehingga sebaiknya mencakup pelibatan pihak / jejaring lainnya.

		<p>Koalisi merekomendasikan untuk diubah menjadi:</p> <p>(1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa bertanggung jawab dalam membangun kemandirian dan kemitraan dalam Upaya Kesehatan.</p> <p>(2) Dalam membangun kemandirian dan kemitraan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa, dan masyarakat mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan Masyarakat bersumber daya masyarakat</p>
<p>Pasal 21J</p>	<p>(1) Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat merupakan wahana pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, serta dapat difasilitasi oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Pemerintah Desa dengan melibatkan sektor lain yang terkait.</p> <p>(2) Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dapat berupa pos pelayanan terpadu.</p> <p>(3) Pos pelayanan terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat menyelenggarakan pelayanan sosial dasar termasuk di bidang kesehatan.</p> <p>(4) Pos pelayanan terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2)</p>	<p>Pada ayat (1) sektor lainnya sebaiknya jelas definisinya bahwa sektor yang dilibatkan tidak hanya sektor pemerintah tapi juga sektor swasta.</p> <p>Berikan tambahan pada penjelasan pasal 21J ayat (1): Sektor lain yang terlibat dapat berupa sektor lain di pemerintahan maupun sektor swasta dan organisasi masyarakat sipil lainnya</p>

	<p>dilaksanakan oleh kader dan/atau masyarakat.</p> <p>(5) Dalam rangka pelayanan sosial dasar bidang kesehatan di pos pelayanan terpadu, dilakukan pembinaan teknis dan peningkatan kemampuan kader oleh unit kesehatan di desa dan Puskesmas.</p> <p>(6) Dalam penyelenggaraan pelayanan sosial dasar bidang kesehatan di pos pelayanan terpadu, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah atau Pemerintah Desa dapat memberikan insentif kepada kader.</p> <p>(7) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa bertanggung jawab atas penyelenggaraan pos pelayanan terpadu.</p>	
Pasal 21K	Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan primer diatur dalam Peraturan Pemerintah.	Koalisi setuju bahwa pelayanan kesehatan primer perlu diatur lebih lanjut dalam peraturan pemerintah.