



**cisdi**

Center for Indonesia's Strategic  
Development Initiatives

# ***Daftar Inventaris Masalah RUU Kesehatan:***

Mewujudkan Pemenuhan Hak Kesehatan  
Seluruh Kelompok Masyarakat

Oleh:

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

*Daftar Inventaris Masalah RUU Kesehatan:*

## **Mewujudkan Pemenuhan Hak Kesehatan Seluruh Kelompok Masyarakat**

*Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

### **Ringkasan Eksekutif**

DPR bersama Pemerintah Pusat berencana untuk segera mengesahkan Rancangan Undang-Undang Kesehatan meski masih banyak pihak yang mendesak perbaikan pada beberapa pasal yang perlu disempurnakan. Kritik dalam proses pada awal pembuatan naskah RUU Kesehatan juga 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*. CISDI menyambut baik upaya ini dengan turut mengirimkan Daftar Inventaris Masalah sebagai masukan untuk RUU Kesehatan. Dalam dokumen ini, CISDI secara khusus mencatat beberapa pasal dan ketentuan yang berisiko berdampak secara langsung maupun tidak langsung dengan aspek kesehatan masyarakat..

Perlu diingat bahwa revisi UU Kesehatan merupakan proses legislasi vital bagi perwujudan hak atas kesehatan seluruh masyarakat di Indonesia. Oleh karenanya, publik sebagai pihak terdampak perlu dilibatkan secara bermakna untuk menempatkan perspektif mereka. Setiap rekomendasi yang telah diterima terutama pada acara public hearing yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sebaiknya dipertimbangkan tanpa tergesa-gesa. Hal ini ditujukan agar produk hukum yang dihasilkan menciptakan kemaslahatan dan tidak justru melahirkan kerentanan baru dan/atau memperdalam kerentanan yang sudah ada.

Dalam kajian ini, CISDI mencatat bahwa RUU Kesehatan yang tengah disusun Pemerintah bersama DPR dapat memiliki dampak langsung terhadap sistem kesehatan nasional dan kesehatan seluruh masyarakat di Indonesia. Kajian ini secara spesifik menyajikan analisis terhadap 8 isu: 1) Integrasi Layanan Primer, 2) Kader Kesehatan, 3) Masyarakat Rentan, 4) Tata Kelola, 5) Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 6) Aborsi Aman, 7) Surveilans Berbasis Masyarakat, dan 8) Peran Masyarakat dalam Penyelenggaraan Kesehatan. Setelah mempertimbangkan berbagai hal, utamanya aspek sosiologis dalam pembuatan produk hukum, kami merekomendasikan agar tim penyusun RUU Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan dan Badan Legislatif DPR RI untuk menghapus, mengubah ayat dan/atau pasal penjas untuk memperkuat sistem kesehatan nasional melalui momentum penyusunan RUU Kesehatan.

## Daftar Inventaris Masalah untuk Perbaikan RUU Kesehatan

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

### Topik: Integrasi Layanan Primer

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
15	<p>(2) Upaya Kesehatan perseorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditujukan untuk perseorangan dan keluarga yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif.</p> <p>(3) Upaya Kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditujukan untuk kelompok dan masyarakat yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif.</p>	<p>Deklarasi <i>Alma Ata</i> (1978) dan <i>Astana</i> (2018) memposisikan <i>Primary Health Care</i> (PHC) sebagai upaya penting menuju kesehatan global yang adil dan baik, <b>tidak terbatas pada layanan kesehatan pada tingkat primer</b>, melainkan sebuah <b>sistem kesehatan yang holistik</b>. Sebagai sistem yang holistik, PHC meliputi empat domain utama, di antaranya: <b>(1) Fungsi kontak pertama (<i>first contact care</i>); (2) Keberlanjutan layanan (<i>continuity care</i>); (3) Koordinasi layanan (<i>coordination care</i>); serta (4) Fungsi komprehensif layanan (<i>comprehensiveness care</i>)</b> (Starfield, 1994; Wulandari &amp; Achadi, 2017).</p> <p>Pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu adalah <b>pelayanan kesehatan yang lebih efisien</b> daripada mengandalkan layanan terpisah untuk masalah kesehatan tertentu, karena layanan kesehatan yang terpadu <b>mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang populasi</b> di wilayah kerjanya dan bisa <b>membangun kepercayaan</b> lebih besar dalam tatanan masyarakatnya.</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>(2) <b>Upaya Kesehatan perseorangan</b> sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditujukan untuk perseorangan dan keluarga yang bersifat promotif, preventif, kuratif, <b>rehabilitatif, dan paliatif</b>.</p> <p>(3) <b>Upaya Kesehatan masyarakat</b> sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditujukan untuk kelompok dan masyarakat yang bersifat promotif, preventif, kuratif, <b>rehabilitatif, dan paliatif</b>.</p>

Terkait layanan kesehatan primer sebagai sistem kesehatan holistik dan terpadu, **upaya rehabilitatif** sebaiknya tidak dijadikan sebagai **intervensi yang bersifat opsional**. Pada hakikatnya, upaya rehabilitatif dalam layanan kesehatan primer merupakan strategi kesehatan yang sangat berpusat pada individu (*People-centered*) dengan intervensi yang berfokus **pengembalian fungsi dan kapasitas kesehatan**, disertai pemenuhan preferensi dan tujuan kesehatannya (WHO, 2018).

Sejumlah studi menunjukkan **adanya miskonsepsi mengenai upaya rehabilitatif** di tingkat primer, yang mana narasi berkembang memosisikan upaya rehabilitatif sebagai **upaya alternatif apabila strategi preventif dan kuratif dianggap gagal** - padahal, upaya ini merupakan satu bagian rangkaian intervensi integral di tingkat primer yang harus bisa **diakses, dijangkau, dan tersedia bersamaan dengan upaya preventif dan kuratif** (Krug E, Et al., 2017); (Hawley-Hague, Et al., 2017); (WHO, 2017).

Selain itu, WHO (2018) menjelaskan upaya rehabilitatif **sangat esensial untuk menjembatani kebutuhan komunitas/masyarakat rentan** akibat: keterbatasan mobilitas; keterbatasan fisik; keterbatasan akses informasi; hingga penguasaan teknologi. Metodenya adalah dengan **memusatkan intervensi pada individu/kelompok rentan melalui monitoring berkala pengembalian fungsi dan kapasitas kesehatan mereka**.

Sejumlah negara sudah mengimplementasikan praktik baik ini antara lain: **Fiji melalui Mobile Rehabilitation Service** yang

*endline study*-nya menunjukkan peningkatan penjangkauan serta peningkatan kualitas hidup penerima manfaat; **Canada melalui Ontario's Primary Health Care Services** berhasil meningkatkan secara signifikan fungsi pasien, kualitas hidup, serta peningkatan akses layanan - bahkan ditemukan kasus **penurunan kunjungan pada pain management service** yang bersifat kuratif, akibat intervensi komprehensif yang dilakukan melalui upaya rehabilitatif di tingkat primer (WHO, 2018). Dua studi kasus di atas menunjukkan, upaya rehabilitatif di tingkat primer yang dijalankan fungsinya bersamaan dengan preventif-kuratif tidak hanya meningkatkan kualitas layanan, **namun juga meningkatkan penerimaan layanan (acceptability) oleh masyarakat.**

Selain itu, belum ada penyebutan paliatif di dalam ayat 2 dan 3, padahal berdasarkan hukum internasional, setiap orang berhak mendapatkan kesehatan dan berhak untuk bebas dari perlakuan yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat. **Perawatan paliatif bertujuan agar setiap orang yang sakit kronis dan terminal dapat dijauhkan dari rasa sakit yang bisa dihindari dan dapat meninggal dengan bermartabat.** Perlu diingat bahwa perawatan paliatif tidak hanya untuk pasien yang akan meninggal tapi juga untuk pasien dengan penyakit yang serius / mengancam nyawa, serta keluarga pasien yang juga terganggu secara psikososial. Perawatan paliatif tidak bertentangan dengan pemberian intervensi preventif, diagnosis dini, terapi, dan rehabilitasi, melainkan perawatan paliatif adalah bagian esensial yang seharusnya terintegrasi dengan intervensi

lain. WHO (2020) sudah mengingatkan setiap negara untuk berkomitmen meningkatkan asuhan paliatif sejak resolusi pada World Health Assembly di tahun 2014. Pada laporan WHO tahun 2020, Indonesia masih termasuk negara yang dikategorikan menyediakan perawatan paliatif secara sepotong-sepotong dan kurang didukung komitmen politik.

**Integrasi perawatan paliatif di level layanan kesehatan primer sangat penting.** Tenaga yang dapat memberikan layanan perawatan paliatif tidak hanya tenaga medis spesialis tapi bisa perawat hingga kader yang terlatih. Hal ini utamanya karena kebanyakan mereka yang membutuhkan perawatan paliatif ingin mendapatkannya di rumah atau sudah sulit mengakses fasilitas kesehatan. Oleh karena itu penjangkauan mereka harus dimulai dari fasilitas kesehatan primer. Penelitian di beberapa negara menunjukkan kecenderungan pemberian perawatan paliatif lebih cost-effective dibandingkan perawatan seperti biasa (Smith et al., 2014; WHO, 2018). Hal ini penting mengingat pasien dengan kanker di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 396.914 jiwa dengan kematian 234511 jiwa dan merupakan penyakit dengan pembiayaan katastrofik terbesar ke-2 setelah penyakit jantung (3,5 Triliun) berdasarkan BPJS. (Kementerian Kesehatan, 2023).

Oleh karena itu, CISDI mengusulkan pada Pemerintah dan DPR untuk mengubah frasa “**dan/atau**” menjadi “**dan**” pada pasal 15 ayat 2 dan 3 RUU Kesehatan serta menambahkan kata “**paliatif**”

		<p>agar upaya <b>rehabilitatif dan paliatif di tingkat primer tidak dipandang sebagai intervensi opsional dan bersifat alternatif.</b></p> <p>Adapun implikasi diterapkannya masukan ini ialah Pemerintah dapat berfokus mengembangkan indikator kualitas layanan dengan upaya rehabilitasi dan upaya paliatif sebagai sebagian item intervensi utamanya, menjadikannya <b>sebagai upaya yang terintegrasi dan bukan justru ter subordinasi dalam layanan kesehatan primer yang komprehensif.</b> Dengan demikian, pemerintah bisa menyiapkan lebih banyak tenaga kesehatan di tingkat primer dengan <i>set-skill</i> yang lebih luas dan komprehensif untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di tingkat primer.</p>	
23	<p>(1) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a diselenggarakan sebagai proses awal Pelayanan Kesehatan perseorangan secara komprehensif.</p> <p>(2) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk pelayanan skrining dan imunisasi penyakit dalam ranah Kesehatan perseorangan,</p>	<p>Upaya kesehatan perseorangan di pelayanan kesehatan primer harus holistik mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, seperti yang telah dijelaskan pada pasal 15. Upaya ini dapat diselenggarakan jika sumber daya manusia kesehatan yang dilibatkan <b>tidak lagi terlimitasi pada tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan semata</b>, melainkan melibatkan kader kesehatan yang menurut CISDI dapat dikategorikan sebagai <b>tenaga penunjang atau pendukung kesehatan.</b> Oleh karena itu CISDI merekomendasikan perubahan pasal 23 ayat 2 dan 3.</p> <p>Jikalau tidak mencantumkan tenaga penunjang atau pendukung kesehatan, maka Pemerintah daerah selaku implementor kebijakan seringkali tidak memiliki sumber daya yang dikhususkan untuk menggerakkan kader kesehatan. Padahal, dalam beberapa studi yang didukung dengan implementasi</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>(2) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) <b>termasuk pelayanan promotif preventif skrining, imunisasi penyakit dalam ranah kesehatan perseorangan, pemantauan tumbuh kembang, diagnostik dini, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif</b> yang didukung dengan kegiatan Pelayanan Kesehatan rujukan.</p> <p>(3) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Tenaga medis, Tenaga Kesehatan, dan <b>Tenaga Penunjang atau Pendukung Kesehatan termasuk kader kesehatan</b> sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama.</p>

<p>pemantauan tumbuh kembang, diagnostik dini, kuratif, dan rehabilitatif yang didukung dengan kegiatan Pelayanan Kesehatan rujukan.</p> <p>(3) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh <b>Tenaga medis dan/atau Tenaga Kesehatan</b> sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama.</p>	<p>program intervensi CISDI di Jawa Barat menunjukkan pelibatan kader kesehatan meningkatkan capaian layanan komprehensif di daerah.</p> <p>Scott et. al. (2018) dalam <i>Systematic review</i> berjudul <i>A systematic review of existing reviews on community health workers</i> menyebutkan <b>peran kader kesehatan dalam upaya kesehatan mencakup: (1) membantu masyarakat mengakses layanan kesehatan</b> termasuk layanan rujukan, <b>(2) mengedukasi masyarakat</b> mengenai informasi kesehatan dan pentingnya perubahan perilaku, <b>(3) mencatat data demografik dan kebutuhan masyarakat</b> terkait kesehatan, <b>mengidentifikasi dan melakukan asesmen</b> terhadap individu/masyarakat/komunitas yang sedang tidak sehat; <b>(4) menyediakan, menyalurkan, dan memantau konsumsi obat</b>, pola makan dan faktor risiko pasien, serta <b>(5) menjadi tenaga pendukung layanan rumah (home delivery)</b> yang mana keberadaan kader terbukti membantu meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap layanan (<i>acceptability</i>).</p> <p>Dalam konteks implementasi, CISDI bersama Pemerintah Provinsi Jawa Barat melalui program PUSPA sudah menerapkan pelibatan kader ke dalam intervensi upaya kesehatan dengan segala keterbatasannya. Sebagai contoh, berdasarkan hasil pelaporan SIPTM bulan September 2022, seluruh Puskesmas Lokus PUSPA di Kabupaten Garut tercatat telah memberikan pelayanan hipertensi sesuai standar. Untuk pelayanan Diabetes Melitus (DM) sesuai standar, seluruh puskesmas PUSPA Kabupaten garut telah melaksanakan pelayanan DM sesuai</p>	
--	--	--



		<p>standar, dan pada bulan November 2022 puskesmas pasundan telah mencapai 101% pelayanan DM dari seluruh sasaran pelayanan DM yang telah ditetapkan. <b>Hal ini dikarenakan strategi pemantauan pasien Diabetes Melitus oleh kader yang meliputi pemantauan diet, konsumsi obat dan edukasi serta motivasi juga pendampingan ke fasilitas kesehatan.</b> Adapun dalam studi kasus Puspa, Kader kesehatan ditempatkan untuk melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam memantau diet sehari-hari, dan dilaporkan ke dokter Penanggung jawab program secara berkala.</li> <li>2. Memantau kepatuhan konsumsi obat</li> </ol> <p>Kader selama ini sudah berperan dalam upaya promotif preventif, dalam upaya kuratif di tingkat primer kader juga terbukti efektif membantu puskesmas menjangkau dan memonitor kondisi kesehatan, serta meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap <i>service delivery</i> yang dilakukan oleh puskesmas.</p> <p>Sebagai acuan kader kesehatan sebagai tenaga pendukung kesehatan, tim CISDI sudah mencantumkan perubahan pasal 193 pada bagian DIM Kader sebagai Sumber Daya Manusia Kesehatan (Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan).</p>	
23	(4) Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan	<b>Pemerintah daerah dan masyarakat harus dilibatkan secara bermakna dalam pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan.</b>	<b>Diubah menjadi</b>

<p>Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.</p>	<p>Bila merujuk UU 23/2014 mengenai Pemerintah Daerah, disebutkan bahwa pemenuhan kesehatan sebagai pelayanan dasar masuk ke dalam klasifikasi <b>urusan pemerintahan konkuren</b>, yakni urusan pemerintahan yang dibagi antara pemerintah pusat dan daerah provinsi dan daerah kab/kota. Urusan pemerintahan konkuren dalam pasal 9 ayat 4 UU 23/2014 inilah yang dijadikan sebagai <b>dasar pelaksanaan otonomi daerah</b>. Isu desentralisasi dalam pembangunan kesehatan amatlah pelik. Tidak semua daerah memiliki pemahaman, sensitivitas, serta keinginan politik yang sama untuk memperkuat kapasitas kesehatannya dalam konteks pembangunan kesehatan.</p> <p>Situasi ini acapkali dipandang sebagai “faktor penghambat” pembangunan kesehatan yang mana <b>jalan keluarnya selalu bermuara pada upaya sentralisasi kebijakan kesehatan</b>. Dalam dokumen <i>The Republic of Indonesia Health System Review</i>, pendistribusian kerja dan fungsi terkait sektor kesehatan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kab/kota masih belum jelas (Mahendradhata et.al., 2017). <b>Dapat dikatakan bahwa desentralisasi kesehatan Indonesia masih bersifat parsial</b> karena dalam desain sistemnya masih mempertahankan beberapa fitur sentralisasi strategis, utamanya dalam konteks perencanaan kebijakan dan penyusunan anggaran kesehatan. Seharusnya penyelesaian tantangan dengan akar masalah desentralisasi pembangunan kesehatan, diselesaikan dengan memperkuat kapasitas birokrasi dan pemangku</p>	<p>(4) Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat <b>dengan melibatkan Pemerintah Daerah dan masyarakat</b>.</p>
---	--	--

kebijakan di tingkat sub-nasional. Bukan dengan kembali mengambil pendekatan sentralistik.

Konteks terkini dapat terlihat dari **studi kasus** perencanaan kebijakan ILP dan Posyandu Prima, di mana keterlibatan **Pemerintah Daerah hanya pada pelaksanaan *piloting* semata**, membuat perspektif daerah sama sekali tidak dituangkan dalam proses perencanaan yang juga berisiko terjadinya gap operasional nanti. Situasi ini berisiko mendorong: **(1) tidak sinkronnya perencanaan kebijakan dengan kebutuhan daerah; (2) stagnasi hingga penurunan pemahaman, pengetahuan, dan rasa memiliki pemerintah daerah terhadap pembangunan kesehatan; serta (3) ketimpangan pembangunan kesehatan di Indonesia (CISDI, 2023)**. Padahal pemerintah daerah memiliki peran dan pengetahuan yang penting untuk memastikan kebijakan sesuai kebutuhan dan tepat sasaran.

Pasal 23 ayat 4 RUU kesehatan berbunyi: *“Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat”* berpotensi **semakin memarginalkan peran pemerintah daerah**. Pertama, frasa **“dengan memperhatikan masukan pemerintah daerah”** dapat diinterpretasikan sebagai **urusan perencanaan kebijakan yang sifatnya strategis berada di tingkat pusat (*policy maker*), dengan pemerintah daerah hanya sebagai subjek konsultatif (*to consult*) dan implementor semata**. Posisi Pemerintah Daerah menjadi tidak setara dalam penyusunan

kebijakan, ditopang dengan situasi eksisting yakni tingginya ketergantungan Pemerintah Daerah terhadap dana transfer pusat, yang mana kombinasi keduanya berisiko **menurunkan rasa kepemilikan daerah terhadap pembangunan kesehatan** yang berimplikasi pada munculnya **ketimpangan pembangunan kesehatan antar daerah**.

Padahal, temuan riset Budiharsana, M et.,al (2022) dan Gani, A et.,al (2022) menyebutkan pembelajaran COVID-19 menunjukkan peran Pemerintah Daerah menjadi sentral sebagai ujung tombak kinerja sistem kesehatan nasional dengan peran dan tanggung jawab daerah yang semakin berat. **Kedua riset tersebut mengidentifikasi bahwa selama ini penyusunan kebijakan kesehatan nasional selalu dominan dengan data dan informasi rata-rata nasional**, yang mana dapat menjadi rancu untuk perencanaan kebijakan kesehatan nasional-regional, disertai dengan **minimnya muatan konten dan konteks daerah dalam proses perencanaannya**. Sebagai contoh, apabila pemerintah ingin merealisasikan masukan kebijakan *National Health Account* 2022 mengenai sinkronisasi perencanaan pusat dan daerah, maka posisi **Pemerintah Daerah perlu disejajarkan sebagai perencana kebijakan**, bukan justru menjadi **pihak yang dikonsultasikan dan dimintai masukan**. **Kebijakan di tingkat pusat dan daerah harus disinkronisasikan melalui Komite Kebijakan sektor Kesehatan yang diusulkan dibentuk merujuk pasal 426 mengenai pembentukan komite dan kewenangannya yang diatur 428**.

		<p>Kedua, frasa <i>memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat</i> menunjukkan bahwa pelibatan masyarakat dimarginalkan karena kata “<i>dan/atau</i>” dapat diinterpretasikan sebagai posisi kebijakan yang bersifat opsional. Tidak hanya meminimalisir peran pemerintah daerah, pelibatan masyarakat dalam penyelenggaraan Layanan Kesehatan Primer yang sejatinya berpusat pada masyarakat (<i>people centered</i>) berisiko semakin tertinggal dengan adanya frasa tersebut. Konsekuensi dari diberlakukannya kebijakan ini juga akan berpengaruh terhadap struktur penyusunan kebijakan, hingga pembiayaan yang membuat pelibatan masyarakat semakin terbatas.</p>	
<p>Pasal 165</p>	<p>(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer. (2) Dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan integrasi pelayanan antar-Fasilitas Pelayanan Kesehatan. (3) Integrasi Pelayanan Kesehatan primer ditujukan</p>	<p><b>Integrasi layanan kesehatan primer harus mengintegrasikan layanan kesehatan publik dan swasta.</b></p> <p>Layanan Kesehatan Primer (LKP) pada dasarnya tidak hanya terkait peran dan program pemerintah. Namun jauh lebih luas, termasuk keterlibatan sektor lain, dunia usaha, kelompok masyarakat sipil, filantropis, dunia pendidikan, media, dan lainnya, yang bertujuan untuk menyehatkan individu dan masyarakat. Karena LKP tidak hanya terbatas pada puskesmas, namun juga jejaringnya dan klinik-klinik privat lainnya yang menyediakan layanan kesehatan dasar.</p> <p>Dalam konteks Indonesia, terjadi penyempitan makna. LKP kerap diterjemahkan hanya sebatas pelayanan, bukan sebuah sistem maupun ekosistem. Pada pasal 165 ayat 2 khususnya, integrasi layanan Kesehatan primer masih diterjemahkan sebagai</p>	<p>CISDI merekomendasikan <b>penambahan ayat 3 dan 6 pada pasal 165 mengenai definisi operasional integrasi pelayanan kesehatan primer yang berbunyi:</b></p> <p>(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer.</p> <p>(2) Dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan integrasi pelayanan antar-Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</p> <p><b>(3) Integrasi Pelayanan Kesehatan primer adalah integrasi layanan mulai dari upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, mencakup upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang terkoordinasi di berbagai tingkat dalam fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.</b></p>

	<p>untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah, terutama Pelayanan Kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif.</p> <p>(4) Integrasi Pelayanan Kesehatan perseorangan primer dapat dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p>	<p>integrasi pelayanan antar-fasilitas pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah. Sementara tidak ada pasal yang secara spesifik mengatur integrasi pelayanan kesehatan primer antara pemerintah dan swasta.</p> <p><b>Bila merujuk pasal tersebut, integrasi pelayanan kesehatan primer yang dimaksud oleh Kemenkes adalah integrasi hanya di tingkat Puskesmas. Sedangkan, integrasi yang ideal seharusnya adalah integrasi antara layanan kesehatan publik dan swasta.</b> Pada Deklarasi Astana (2018), berbagai negara dan organisasi internasional berkomitmen untuk melibatkan lebih banyak lagi pemangku kepentingan untuk mengatasi permasalahan kesehatan bersamaan dengan menyadari dan mengatasi konflik kepentingan masing-masing pihak. Integrasi Layanan Kesehatan Primer seharusnya mendorong dan memperkuat kerja sama antara layanan FKTP swasta dan publik.</p> <p>Riset Kesehatan Dasar 2019 menyebutkan setidaknya terdapat 49% penduduk Indonesia memanfaatkan klinik swasta jika memerlukan pelayanan kesehatan pertama. Keberhasilan dari ILP ini juga amat ditentukan dari sejauh mana kontribusi swasta memiliki peran di dalamnya. Oleh karena itu, perlu diperjelas kembali terutama perihal integrasi bukan hanya dilakukan secara vertikal dalam fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah saja, namun harus diperjelas kembali bagaimana peran swasta dalam integrasi layanan primer yang hendak dilakukan oleh puskesmas.</p>	<p>(4) Integrasi Pelayanan Kesehatan perseorangan primer dapat dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p> <p><b>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer diatur melalui Peraturan Presiden</b></p>
--	--	--	--

Berikut catatan CISDI terkait dengan ILP: *Pertama*, perlu diperjelas peran aktor non-pemerintah khususnya layanan kesehatan milik swasta, bagaimana kita memerlukan penjelasan lebih detail mengenai peran dan kewajiban perihalnya dengan insentif-disinsentif untuk faskes swasta. Jika dilihat bahwa ILP difokuskan pada promotif preventif, maka peran klinik mandiri / faskes pratama swasta lainnya sangat penting dalam pelaksanaan UKM. Keterlibatan swasta harus menjadi satu kesatuan yang penting dalam rangka suksesi ILP di level daerah. Kebutuhan terkait dengan adanya pasal yang menjelaskan terkait hal ini perlu dijelaskan secara jelas untuk menjadi pedoman bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama milik swasta kedepannya.

*Kedua*, terkait dengan pelaksanaan ILP, belum dijelaskan bagaimana ia akan berdampak terhadap pelaksanaan layanan kesehatan primer di tingkat operasional, apakah Posyandu Prima secara otomatis menghapus pustu dan posyandu karena ini akan mempengaruhi operasionalisasi layanan di lapangan. Ada kesimpangsiuran terkait dengan posisi Pustu setelah ILP nantinya dilakukan. Diperlukan pertimbangan secara mendalam terutama terkait dari dampak perubahan pustu pada layanan di tingkat daerah, terutama wilayah terpencil. Keterjelasan perihal kepemilikan di tingkat operasional bagi pustu/posyandu juga perlu dijelaskan, terutama berkaitan dengan integrasi layanan pada sistem BPJS.

*Ketiga* adalah terkait dengan ILP, semestinya harus diperjelas/didukung dengan adanya peraturan turunan

		(Peraturan Presiden) yang membahas penguatan SDM, koordinasi tingkat layanan, sistem informasi kesehatan, dan pendanaan kesehatan.	
--	--	--	--



## Topik: Kader Kesehatan sebagai Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
36	Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat <b>memberikan penghargaan dan/atau insentif</b> kepada kader, tenaga pendamping, dan/atau masyarakat.	<p><b>Kader layak mendapatkan kepastian imbalan jasa atau upah atas perannya sebagai bagian Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).</b></p> <p>Pengakuan kader sebagai SDMK tenaga penunjang atau pendukung kesehatan penting karena hak dan kewajiban kader sepatutnya juga dilindungi secara hukum seperti hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan tenaga medis yang tertera pada Pasal 282 - 284. Ketergantungan sistem kesehatan terutama layanan kesehatan primer pada kader yang bersifat sukarela sudah tidak sesuai dengan agenda internasional terkait pekerjaan yang layak (SDG 8 - mempromosikan pekerjaan yang layak dan pertumbuhan ekonomi). WHO (2018) melalui Guideline on Health Policy and System Support to Optimize CHW Programmes merekomendasikan remunerasi kader kesehatan berdasarkan dengan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam kerja, pelatihan dan tupoksi. Hal ini juga sejalan dengan rekomendasi International Labour Organization tahun 2018.</p> <p>Selama ini CISDI menemukan di lapangan bahwa pemberian insentif bagi kader tidak dapat dijamin oleh anggaran pemerintah desa ataupun daerah karena tidak ada aturan yang mengharuskan adanya anggaran tersebut. Tidak adanya aturan</p>	<p><b>Diubah menjadi:</b></p> <p>(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, <b>terutama kader, termasuk di dalamnya tenaga pendamping, dan/atau masyarakat berhak menerima upah.</b></p> <p>(2) Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah menetapkan kewajiban pengupahan.</p> <p>(3) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kebijakan pengupahan wajib berpedoman pada kebijakan Pemerintah Pusat.</p> <p>(4) Kebijakan pengupahan sebagaimana disebut dalam ayat (2) meliputi: upah minimum, struktur dan skala upah, bentuk dan cara pembayaran upah</p> <p>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai kebijakan pengupahan diatur dalam Peraturan Pemerintah.</p>

tersebut membuat tidak adanya pula standardisasi insentif kader, baik dari segi jumlah penerima maupun besaran uangnya. Oleh karena itu mekanisme kompensasi dan umpan balik atas performa kader harus dimulai dari inklusi hal ini pada dasar hukum yang tertinggi. Apabila melihat Pasal 36, pemberian imbalan jasa / insentif terhadap kader masih bersifat sukarela karena menggunakan kata “dapat”. Penggunaan kata "dapat" bisa multitafsir dan menjadikan pemberian insentif sebagai sukarela. Oleh karena itu, pasal 36 perlu direvisi.

Ballard et al. (2021) mengkaji perbedaan mekanisme kompensasi kader kesehatan di 5 negara (Brazil, Ghana, Nigeria, Rwanda, Afrika Selatan) dan menyimpulkan bahwa model pembiayaan kader melalui pemerintah atau berdasarkan upah minimum regional adalah yang paling mendekati rekomendasi WHO untuk melembagakan kader dan memiliki keuntungan perlindungan terjaminnya hak kader. Tentunya di Indonesia diperlukan koordinasi antar Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, dan Kementerian Kesehatan. Pemerintah Pusat sebaiknya berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah, penyedia layanan kesehatan, akademisi, dan representasi kader untuk dapat menetapkan standar performa untuk kader terkait remunerasi.

**CISDI merekomendasikan remunerasi kader ditetapkan berdasarkan jam kerja, jumlah hari kerja, jumlah kepala keluarga yang dikunjungi per hari, dan target KK yang dikunjungi atau tugas lainnya per bulan.** Nominal upah yang

		<p>ditetapkan harus dari hasil kajian literatur praktik negara lain terkait kader / <i>community health workers</i>, survei kebutuhan kader di Indonesia, kebutuhan masyarakat daerah, dan kapasitas pemerintah.</p> <p>Remunerasi penting karena penelitian menemukan bahwa kader memiliki performa yang lebih baik dengan adanya insentif finansial. Penelitian Gadsden et al. (2021) di Malang menunjukkan bahwa pemberian insentif finansial lebih disukai oleh kader dibandingkan pemberian insentif non-finansial, terutama karena insentif finansial dapat membantu pembiayaan kebutuhan rumah tangga mereka. Performa kader yang mendapat insentif finansial juga ditemukan meningkat setelah adanya skema pemberian insentif finansial pada penelitian tersebut. Kajian publikasi internasional juga menemukan bahwa insentif finansial lebih meningkatkan performa kader dibandingkan insentif seperti sembako atau insentif non-finansial lainnya (Kok et al., 2014).</p>	
37	<p>Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan masyarakat melalui pembekalan pengetahuan dan keterampilan, memberikan dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam Upaya Kesehatan, dan mendorong</p>	<p><b>Peraturan turunan untuk mengatur Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat mulai dari Peraturan Pemerintah diperlukan</b> untuk meregulasi tupoksi kerja, pelatihan dan mekanisme supervisi, pencatatan, pemberian insentif, penjaminan keselamatan kader.</p>	<p><b>Diubah menjadi:</b></p> <p>(1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan masyarakat melalui pembekalan pengetahuan dan keterampilan, memberikan dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam Upaya Kesehatan,</p>

	<p>terbentuknya Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.</p>		<p>dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat. <b>(2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Pemerintah.</b></p>
<p>193</p>	<p>(1) Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri atas: a. Tenaga Medis; b. Tenaga Kesehatan; c. Tenaga Kesehatan Tradisional; dan d. Tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. ... (17) Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d antara lain tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, dan supir ambulans.  Penjelasan: Ayat (17) Cukup jelas.</p>	<p><b>Kader Kesehatan harus diakui sebagai bagian sumber daya manusia kesehatan.</b></p> <p>Terkait Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh kader sesuai pasal 34 ayat 4, kami ingin <b>mengusulkan kejelasan status dan hak kader kesehatan.</b> Kader masih belum masuk secara eksplisit ke dalam klasifikasi sumber daya manusia kesehatan (SDMK). Pada <b>pasal 193 ayat 17</b> dapat dilihat bahwa kader kesehatan tidak termasuk klasifikasi tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. Padahal <i>World Health Organization (2019) (WHO) telah memasukkan kader kesehatan (community health workers / CHW) ke dalam kategori tenaga kesehatan pembantu (health associate professionals) berdasarkan klasifikasi International Classification of Health Workers.</i></p> <p>Kader kesehatan adalah perpanjangan tangan tenaga medis dan tenaga kesehatan terutama di daerah dengan rasio tenaga kesehatan di Indonesia yang masih kurang dan mengatasi disparitas akses terutama pada daerah tertinggal, terdepan, terluar (3T). Kader kesehatan mampu dengan cepat memobilisasi dan menyentuh kelompok rentan di komunitas. Di Indonesia,</p>	<p><b>Ditambahkan pada ayat ke-17:</b></p> <p>(17) Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d antara lain tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, supir ambulans, <b>dan kader kesehatan.</b></p> <p><b>Diubah pada penjelasan:</b> Ayat (17) Yang dimaksud dengan kader kesehatan adalah sumber daya manusia kesehatan yang dipilih oleh masyarakat, dilatih untuk mendapatkan sertifikasi berjenjang, dan berkemampuan untuk menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam upaya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan serta memiliki kemampuan untuk mendampingi serta membantu proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi di bidang kesehatan. Kader berperan dalam mendukung upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif, juga surveilans pencegahan dan penanggulangan</p>

**jumlah kader kesehatan yang terkini tidak diketahui** secara pasti karena sistem pencatatan kader juga belum baku. **Kader yang direkrut atau mengajukan diri secara sukarela / *voluntary* menyebabkan perbedaan pencatatan, pelatihan, dan pendayagunaan pada tiap wilayah di Indonesia.** Kementerian Kesehatan (2012) menyatakan estimasi jumlah posyandu di Indonesia sebanyak 266.827 dan terdapat sekitar 3 sampai 4 orang kader per posyandu, berarti ada lebih dari 1 juta kader posyandu. Kemungkinan besar angka ini sudah meningkat karena jumlah posyandu yang juga meningkat.

Kajian publikasi internasional terkait kader kesehatan menunjukkan bahwa **peran kader penting dalam menurunkan angka malnutrisi, angka kematian bayi, angka kematian anak di bawah 5 tahun, peningkatan status kesehatan perempuan, penanggulangan HIV/AIDS, TB, Diabetes, Hipertensi, bahkan membantu skrining kanker** (Perry et al., 2014). Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan juga merencanakan bahwa terkait Integrasi Layanan Primer kader akan berperan dengan melakukan kunjungan rumah, pengecekan buku KIA, identifikasi warga yang putus pengobatan, dan sebagainya. Kader diminta berperan dalam pelayanan KIA, penanggulangan penyakit menular seperti TB, dan penanggulangan PTM termasuk kanker. Jadi dapat dilihat bahwa peran kader adalah peran esensial dalam layanan kesehatan primer.

Agar kader dapat melakukan tugas dengan berkesinambungan, maka proses pengadaan, pelatihan, dan pendayagunaan kader

wabah. Kader dapat dilatih secara spesialisik seperti menjadi kader KIA, kader remaja, kader lansia, dan sebagainya.

harus menjadi lebih efisien melalui gerakan pelembagaan kader. Gerakan ini juga sudah disuarakan oleh masyarakat global. WHO (2018) juga sudah membuat panduan bagaimana sebaiknya mengoptimalkan peran kader kesehatan. Pada panduan tersebut ditekankan bahwa **kader kesehatan adalah elemen penting dari layanan primer yang terintegrasi. Pelembagaan kader kesehatan** bukan berarti hanya berfokus pada insentif yang diberikan, melainkan lebih kepada **rekognisi bahwa kader kesehatan adalah tenaga kerja yang memiliki hak untuk bekerja dengan aman, memiliki ruang lingkup pekerjaan yang terdokumentasi, pelatihan, dan mekanisme untuk mendapatkan umpan balik** atas hasil kerjanya.

**Pelembagaan kader penting untuk mendaftarkan kader, memetakan jumlah dan lokasi kader** sebagai sumber daya kesehatan garda terdepan, **membuat struktur pelatihan** yang berkesinambungan, memastikan kualitas layanan dengan **standar kompetensi, menerapkan standar pelayanan minimal** kader, dan **melakukan monitoring dan evaluasi rutin** agar kader mengetahui besarnya kontribusi mereka dan dapat mengembangkan kapasitas. Pada penelitian yang dilakukan di 4 negara di Afrika, saat pandemi COVID-19, daerah yang kadernya mendapat pelatihan, insentif, APD sesuai rekomendasi WHO mampu mempertahankan kecepatan dan cakupan layanan kesehatan masyarakat (Ballard et al., 2021; Ballard et al., 2022).

Kajian CISDI (2021) sebelumnya yang menggunakan metode *Foresight* untuk Masa Depan Layanan Kesehatan Primer

merekomendasikan **adanya program pelatihan sekitar 6 - 12 bulan untuk menghasilkan kader secara formal**. Pelatihan penyegaran juga dilaksanakan secara berkala dan terpadu. Kader formal ini juga seharusnya menerima gaji/insentif dengan besaran yang jelas secara rutin. Kapasitas yang bisa dilatih juga tidak hanya upaya promotif preventif dan di-limitasi hanya untuk kesehatan ibu dan anak, melainkan bisa diperluas untuk berbagai tantangan kesehatan seperti penanggulangan penyakit tidak menular, surveilans penyakit infeksi *emerging re-emerging*, dan sebagainya.

Pemberian pelatihan yang terstruktur dan insentif untuk kader ditujukan agar kader kesehatan mendapat kebanggaan dan merasa bahwa menjadi kader adalah bagian dari identitas diri. Hal ini mendukung performa mereka dan juga menunjukkan masyarakat bahwa kader adalah seorang ahli, sehingga dapat menambah rasa kepercayaan dari masyarakat. Selain itu, kapasitas kader pun akan meningkat dan dapat mengatasi tantangan kesehatan seiring perubahan di masa depan. Saat ini pelatihan kader di Indonesia hanya 3 hari, padahal pelatihan kader di Kenya selama 10 hari, Malawi 12 minggu, Mozambique 4 bulan, dan Ethiopia 1 tahun (Kok et al., 2017).

Di Surabaya sudah ada inisiatif untuk melembagakan kader kesehatan melalui **inovasi Kader Surabaya Hebat** yang diatur Peraturan Walikota Surabaya Nomor 14 Tahun 2022. Melalui perwali tersebut, surat keterangan kerja kader dikeluarkan langsung oleh walikota. Setiap RT memiliki 8 - 10 kader sehingga

totalnya ada 45.000 kader dengan **rasio kader dan masyarakat di Surabaya 1:60 orang**. Insentif KSH adalah Rp 500.000,-. Kader Surabaya Hebat melibatkan pihak Dinas Kesehatan, Dinas Lingkungan Hidup, dan Dinas Sosial, yang menunjukkan adanya integrasi peran kader. Tentunya inisiatif serupa akan lebih baik bila dilaksanakan di seluruh Indonesia dan disesuaikan dengan kebutuhan populasi di daerah dan kapasitas pemerintah daerahnya masing-masing, didukung oleh pemerintah nasional.

Perlu diingat bahwa pelembagaan kader tidak mengurangi peran komunitas tiap daerah untuk bekerja dengan sukarela, memilih, dan berpartisipasi sebagai kader kesehatan. Terlebih, peran kader kesehatan meskipun sangat penting juga tetap terkait dengan ketersediaan sarana prasarana lain di tiap daerah. Harus ada perubahan yang radikal dalam melihat peran kader dari yang berbasis kerelawanan saja menjadi kerelawanan yang profesional dimana mereka mendapat pelatihan yang terstandar, mekanisme pelaporan-feedback dan insentif yang sesuai. Perubahan ini akan memiliki implikasi yang besar karena **menciptakan ekosistem yang mendukung bagi kader sebagai bagian formal dalam sumber daya pembangunan kesehatan, termasuk regenerasi kader kesehatan** yang saat ini didominasi oleh kelompok usia 40-60an.



## Topik: Redefinisi dan Perlindungan Masyarakat Rentan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
27	<p>(1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan di seluruh wilayah Indonesia, termasuk daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, komunitas khusus, lembaga pendidikan keagamaan dan pesantren, serta daerah yang tidak diminati swasta. (2) Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan masyarakat atau swasta. (3) Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup <b>masyarakat miskin dan masyarakat rentan</b>.</p> <p><b>Penjelasan pasal</b> Ayat (3) Yang dimaksud dengan "masyarakat rentan" antara lain ibu hamil dan menyusui, bayi, balita, dan lanjut usia."</p>	<p>Pasal penjas mengenai masyarakat rentan yang tercantum dalam pasal 27 ayat 3 hanya dibatasi pada "ibu hamil dan menyusui, bayi, balita, dan lanjut usia." Padahal, bila belajar dari pandemi COVID-19, kerentanan harus dilihat melalui aspek interseksionalitas agar semua lapisan masyarakat terjangkau dan akses kesehatan merata.</p> <p>Merujuk pada definisi kerentanan multidimensional yang digagas oleh Bappenas RI, UU 39/2012, serta panduan dari SAGE WHO dan model dari CDC, maka CISDI dan PUSKAPA (2022) mengusulkan beberapa indikator yang dapat dipakai untuk mengenali sub populasi rentan dalam konteks pandemi. Pemerintah perlu menjangkau, memprioritaskan kelompok berikut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni, termasuk asuransi kesehatan.</li> <li>• Individu dengan status sosial-ekonomi rendah: penghasilan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan (harian, lepas, atau informal).</li> </ul>	<p><b>Diubah bunyi pasal 27</b> (3) Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup masyarakat miskin dan masyarakat rentan <b>dan bersifat inklusif non-diskriminatif</b>.</p> <p><b>Diubah penjelasan pasal 27</b> Ayat (3) Yang dimaksud dengan "masyarakat rentan" antara lain individu yang tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan yang memadai, individu dengan status sosial-ekonomi rendah, masyarakat dengan penyakit penyerta (penyakit kronis), perempuan termasuk yang sedang hamil dan menyusui, bayi, balita, remaja, dan lanjut usia, individu dengan disabilitas, individu dengan gangguan jiwa, individu yang tersisihkan secara sosial karena kepercayaan/agama atau etnis/suku, atau gender/seksualitas, status HIV/AIDS, serta status kewarganegaraan, individu yang tinggal di wilayah 3T termasuk masyarakat adat, individu yang tinggal di rumah tangga tanpa akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai,</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu dengan penyakit penyerta, terutama yang terbukti sebagai pemberat, seperti diabetes, hipertensi, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernafasan</li> <li>• Kelompok demografi dengan relasi kuasa rendah seperti lansia, anak, dan perempuan</li> <li>• Individu yang mengalami ketertinggalan sosial berdasarkan agama/kepercayaan, disabilitas, etnis/suku, gender/seksualitas, status HIV-AIDS, serta status kewarganegaraan.</li> <li>• Individu di wilayah 3T (tertinggal, terpencil, terluar) termasuk masyarakat adat.</li> <li>• Individu yang tidak mampu melaksanakan praktik 5M, termasuk individu dalam rumah tangga tanpa akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai serta padat penduduk, individu yang tinggal di hunian yang sempit atau institusi sosial dengan ruang privat yang terbatas.</li> </ul> <p>Perluasan definisi kelompok rentan ini akan membantu pemangku kepentingan merencanakan dan menentukan prioritas dan alokasi kebijakan dan program dalam berbagai konteks kesehatan, terutama situasi kegawatdaruratan dan pandemi.</p>	<p>individu yang tinggal di hunian sempit atau institusi sosial dengan ruang privat yang terbatas.</p>
--	--	--	--

		Pemerintah yang mengakui definisi masyarakat rentan yang lebih luas akan dapat menyediakan layanan kesehatan yang lebih bersifat inklusif dan non-diskriminatif sehingga kebutuhan setiap masyarakat rentan dapat terpenuhi.	
--	--	--	--

## Topik: Permasalahan Tata Kelola

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
425	<p>Beberapa ketentuan dalam <b>Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011</b> tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256) diubah sebagai berikut:</p> <p>1. Ketentuan ayat (2) Pasal 7 diubah sehingga Pasal 7 berbunyi sebagai berikut: Pasal 7 (1) BPJS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini.</p> <p>(2) <b>BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Presiden melalui: a. menteri yang menyelenggarakan</b></p>	<p>Pasal 425 ayat 2 dan 3 nampak menunjukkan BPJS akan memiliki satu lapisan koordinasi dan pelaporan (yaitu Kemenkes/Kemenaker) sebelum ke Presiden, meski secara hirarki kelembagaan BPJS seharusnya setara dengan Kementerian. Selain itu, ayat 3 juga menegaskan bahwa BPJS-K memiliki kewajiban melaksanakan penugasan dari Kemenkes.</p> <p>Beberapa kekhawatiran akan dampak dari pasal tersebut adalah:</p> <p>1. Independensi BPJS</p> <p>Beleid ini mengubah isi Pasal 13 dalam UU BPJS, yang memposisikan BPJS sebagai badan independen yang berada langsung di bawah presiden. Independensi BPJS Kesehatan penting agar <b>lembaga ini tetap dapat mempertahankan otonominya secara operasional untuk menjalankan fungsi sebagai pengumpul dana dan pembeli dalam sistem kesehatan.</b> Sementara Kementerian Kesehatan berperan sebagai regulator dan penyedia layanan kesehatan. Penugasan dan pertanggungjawaban yang harus melalui Kementerian Kesehatan berpotensi <b>menghilangkan otonomi BPJS Kesehatan untuk memilih metode pembayaran, menetapkan tarif, dan mengontrak pemberi layanan, juga</b></p>	<p><b>Diubah menjadi:</b></p> <p>1. Ketentuan ayat (2) Pasal 7 diubah sehingga Pasal 7 berbunyi sebagai berikut: Pasal 7 (1) BPJS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini. <b>(2) BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Presiden melalui DJSN dengan berkoordinasi dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang BPJS</b></p> <p>...</p> <p>3. Ketentuan Pasal 13 diubah, sehingga Pasal 13 berbunyi sebagai berikut: ...</p>

**urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk BPJS Kesehatan; dan b. menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan untuk BPJS Ketenagakerjaan.**

...

3. Ketentuan Pasal 13 diubah, sehingga Pasal 13 berbunyi sebagai berikut:

...

(2) Selain melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), **BPJS Kesehatan juga berkewajiban untuk:**

**a. melaksanakan penugasan dari kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;**

**b. menghubungkan sistem informasi yang dikelolanya dengan sistem informasi yang mengintegrasikan seluruh pelayanan kesehatan yang**

**menjamin solvabilitas.** Sebagai catatan, dalam konteks Indonesia, pemerintah Indonesia sudah mengambil peran sebagai regulator, jika kemudian Kementerian Kesehatan mengambil peran sebagai provider maka dapat timbul conflict of interests.

2. Responsivitas BPJS  
Proses pelaporan dan koordinasi berlapis berisiko memperlambat organisasi untuk memperpanjang proses birokrasi maka menghambat pengambilan keputusan secara cepat. Dalam kasus BPJS, responsivitas dan kecekatan organisasi dibutuhkan di tengah kebutuhan dan situasi kesehatan nasional yang dinamis.

#### **Persoalan integrasi dan tata kelola data**

Terkait dengan **isu tata kelola data yang menjadi salah satu aspek yang ditekankan dalam naskah akademik RUU Kesehatan** dan mendasari adanya pasal tersebut, sejatinya dapat diatur kembali melalui opsi kebijakan lain **tanpa harus meng-subordinasi posisi BPJS Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan.** Opsi kebijakan ini sejatinya telah tercermin dalam beberapa rumusan pasal dalam RUU Kesehatan yang baru. Dua di antaranya:

1. Pasal 417 ayat 3 yang sudah mengatur perihal pembentukan **sistem informasi pendanaan kesehatan sebagai seperangkat tatanan yang terintegrasi meliputi data, informasi, indikator, dan capaian kerja** yang mana pada ayat 4 ditentukan secara spesifik entitas pengelola data mana saja yang terlibat,

(2) Selain melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan juga **berkewajiban untuk:**

a. **melaksanakan penugasan dari DJSN**  
b. menghubungkan sistem informasi yang dikelolanya dengan sistem informasi yang mengintegrasikan seluruh pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat; dan  
c. melakukan koordinasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dengan kementerian/lembaga terkait.

diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat; dan  
c. melakukan koordinasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dengan kementerian/lembaga terkait.

termasuk di antaranya BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pasal 417 ayat 4 tidak hanya mencantumkan entitas mana saja, **melainkan juga mewajibkan semua entitas untuk melaporkan data, informasi, dan capaian kerja** (termasuk: realisasi belanja kesehatan dan hasil capaian) melalui **sistem informasi pendanaan kesehatan ini**.

2. Pasal 349 ayat 3 RUU Kesehatan mengenai Sistem Informasi kesehatan yang berbunyi: *Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menghubungkan sistem yang dikelolanya dengan sistem yang mengintegrasikan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Kata “wajib” dalam frasa tersebut memiliki konsekuensi hukum yang kuat, yakni sanksi apabila satu dari penyelenggara sistem kesehatan tidak mengintegrasikan data maupun informasi yang mereka miliki.*
3. Pasal 354 RUU Kesehatan ayat 1 poin C secara spesifik telah mencantumkan *badan/lembaga yang menyelenggarakan program jaminan sosial nasional* sebagai penyelenggara sistem informasi kesehatan, yang artinya turut mencakup BPJS kesehatan sebagai entitas di dalamnya. **Kedua pasal ini sejatinya sudah cukup untuk menjadi opsi kebijakan** guna memperkuat ketersediaan, interkoneksi, interoperabilitas, integrasi, dan keamanan data

		<p>maupun informasi lintas kementerian yang menjadi pertimbangan utama dalam pengambilan kebijakan ini, <b>tanpa harus mensubordinasi posisi BPJS Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan.</b></p> <p>Dengan begitu Kementerian Kesehatan dapat lebih berkonsentrasi untuk <b>mengoptimalkan perannya untuk memastikan standar kualitas layanan, kepatuhan terhadap protokol penegakan diagnosis, tatalaksana klinis, dan alur rujukan untuk penyakit-penyakit yang tercakup dalam paket manfaat.</b> Kementerian Kesehatan juga sebaiknya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memastikan kepatuhan standar praktik klinis dan pedoman penyelenggaraan layanan dengan menggunakan instrumen kebijakan verifikasi klaim.</p>	
426	<p><b>Ayat 4</b> Komite kebijakan sektor Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:</p> <p>a. Menteri sebagai ketua merangkap anggota;</p> <p>b. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang keuangan sebagai anggota;</p> <p>c. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang dalam negeri sebagai anggota;</p>	<p><b>Diformalkannya peran dan keterlibatan masyarakat sipil dalam isu pembangunan kesehatan melalui kursi dalam Komite Kebijakan Sektor Kesehatan</b></p> <p>Pada naskah akademik penjelasan RUU Kesehatan 2023 pun, tertulis bahwa salah satu substansi penyempurnaan UU di bidang kesehatan adalah “sinkronisasi pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.” Penggunaan kata “dan/atau” tidak mencerminkan integralnya peran masyarakat dan aktor non-pemerintah terhadap pengelolaan di bidang kesehatan. Padahal diketahui bahwa pembangunan</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p><b>Ayat 4</b> Komite kebijakan sektor Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:</p> <p>a. Menteri sebagai ketua merangkap anggota;</p> <p><b>b. perwakilan masyarakat melalui perwakilan organisasi sipil sebagai anggota;</b></p> <p>c. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang keuangan sebagai anggota;</p>

<p>d. kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan Obat dan makanan sebagai anggota;</p> <p>e. kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan kependudukan dan keluarga berencana nasional sebagai anggota;</p> <p>f. ketua dewan jaminan sosial nasional sebagai anggota; dan</p> <p>g. direktur utama BPJS kesehatan sebagai anggota.</p>	<p>kesehatan bergantung pada penerima dan penyedia layanan publik dan swasta.</p> <p>Bila merujuk pada Bab XIV mengenai Komite Kebijakan Sektor Kesehatan yang berperan sebagai “wadah koordinasi dan komunikasi dalam rangka akselerasi pembangunan dan memperkuat ketahanan sistem kesehatan” maka terlihat bahwa <b>tata kelola kebijakan kesehatan masih melalui pendekatan top-down</b>. Partisipasi masyarakat yang sudah diatur dalam pasal 432 kurang dirangkul pada pasal pembentukan komite kebijakan.</p> <p>Secara global, <b>para pakar dan World Health Organization mendorong pendekatan whole-of-society dan whole-of-government dalam tata kelola sistem kesehatan setiap negara</b>. Hal ini karena kesehatan dipengaruhi dan dikelola tidak hanya oleh sektor kesehatan tetapi juga sektor lainnya. <b>Masyarakat sendiri mempunyai 3 peran utama yaitu sebagai advokat, pencipta layanan kesehatan dan sosial, dan sebagai pengasuh diri dan sesama</b>. Keikutsertaan masyarakat mulai dari pembuatan hingga evaluasi kebijakan sangat diperlukan agar kebijakan yang ada dapat tepat sasaran dan diadopsi dengan baik. Partisipasi masyarakat perlu di-institusionalisasi, dan walaupun tidak mudah, praktik ini sudah dijalankan di beberapa negara, sebagai contoh di Thailand. Pada tahun 2002, masyarakat di Thailand berperan penting dalam pembuatan legislasi UU Jaminan Kesehatan Nasional (<i>National Health Security Act</i>) yang membawa</p>	<p>d. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang dalam negeri sebagai anggota;</p> <p>e. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang luar negeri sebagai anggota;</p> <p>f. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang sosial sebagai anggota;</p> <p>g. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang pembangunan nasional sebagai anggota;</p> <p>h. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang komunikasi dan informatika sebagai anggota;</p> <p>i. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak sebagai anggota;</p> <p>j. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang perdagangan sebagai anggota;</p> <p>k. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang pertanian sebagai anggota;</p> <p>l. menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat sebagai anggota;</p> <p>m. kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan Obat dan makanan sebagai anggota;</p> <p>n. kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan</p>
--	---	---



Thailand semakin dekat mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC) (Patcharanarumol et al., 2022; [WHO, 2017](#)).

Di Thailand, masyarakat melalui beberapa organisasi sipil mengajukan usulan-usulan terkait naskah undang-undang dan usulan tersebut diadopsi oleh pembuat kebijakan utama saat itu. Pada NHSA 2002, pasal 13 ayat 4 berbunyi “Keanggotaan Dewan Jaminan Kesehatan Nasional (NHSB), lima (5) dari total tiga puluh (30) anggota Dewan adalah perwakilan organisasi masyarakat sipil yang dipilih di antara mereka sendiri dari sembilan konstituen organisasi masyarakat sipil.” Dengan demikian partisipasi masyarakat terkait kebijakan kesehatan terjamin dan bermakna. Selain partisipasi dalam pembuatan kebijakan, masyarakat juga dipastikan ikut dalam monitoring dan pengawasan kualitas layanan kesehatan. Pada pasal 48 ayat 8 NHSA, “lima anggota Dewan Mutu dan Standar adalah perwakilan dari organisasi masyarakat sipil, yang dipilih di antara mereka sendiri dari sembilan konstituen organisasi masyarakat sipil.” Pada pasal 50 ayat 5, “Dewan Mutu dan Standar memiliki mekanisme untuk memastikan bahwa keluhan dan suara warga negara didengar dan solusi diberikan, termasuk unit independen (dari penyedia layanan) di mana warga negara dapat menyuarkan masalah mereka”. Sehingga mekanisme partisipasi masyarakat jelas tertulis dan hak masyarakat untuk didengar diakui oleh negara. Sekretariat Kantor Jaminan Kesehatan Nasional juga ditugaskan untuk membuat audiensi publik tahunan sehingga ada dialog antara

kependudukan dan keluarga berencana nasional sebagai anggota;

**o. kepala lembaga pemerintahan non kementerian yang menyelenggarakan kekarantina kesehatan** sebagai anggota;

p. ketua dewan jaminan sosial nasional sebagai anggota; dan

q. direktur utama BPJS kesehatan sebagai anggota.

masyarakat dengan penyedia layanan kesehatan terkait akses layanan kesehatan (Patcharanarumol et al., 2022).

CISDI juga merekomendasikan Pasal 426 ayat 4 untuk menambahkan **kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan kekarantina kesehatan** sebagai anggota dari komite kebijakan kesehatan nasional. Hal ini selaras dengan dimuatnya **pasal 428 RUU kesehatan yang turut mencantumkan fungsi Komite Kebijakan Sektor Kesehatan untuk menetapkan langkah koordinasi untuk mencegah dan merespon krisis kesehatan**. Hal ini ditujukan untuk menjaga konsistensi dan keberlanjutan kebijakan terkait koordinasi dalam pencegahan, kesiapsiagaan, kewaspadaan, respons wabah.

Selain itu, **World Health Organization (2012) sudah menghimbau setiap kebijakan di luar sektor kesehatan pun harus mendukung pembangunan kesehatan (*health in all policies / HiAP*)**. Oleh karena itu, Komite Kebijakan sektor Kesehatan juga harus melibatkan Kementerian lain yang sangat erat hubungannya dengan determinan sosial kesehatan sebagai anggota, di antaranya:

1. Kementerian Luar Negeri - terkait diplomasi kesehatan global
2. Kementerian Sosial - terkait perlindungan sosial dan masyarakat rentan

		<ol style="list-style-type: none"><li>3. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Indonesia/Bappenas - terkait percepatan penurunan stunting</li><li>4. Kementerian Komunikasi dan Informatika - terkait sistem informasi kesehatan</li><li>5. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Indonesia - terkait perspektif gender dalam sistem kesehatan dan juga KIA</li><li>6. Kementerian Perdagangan - terkait hak kekayaan intelektual teknologi kesehatan (vaksin, diagnostik, terapeutik)</li><li>7. Kementerian Pertanian - terkait isu penyakit menular dan <i>one health</i></li><li>8. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Indonesia - terkait pembangunan infrastruktur fisik dasar kesehatan</li></ol>	
--	--	---	--

## Topik: Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
123	(1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat melakukan penanggulangan penyakit tidak menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkannya.	<p>Dalam pasal ini belum disebutkan secara eksplisit aturan penanggulangan penyakit tidak menular yang juga mengintervensi variabel-variabel yang berhubungan dengan peningkatan risiko suatu penyakit (faktor risiko). Padahal, outcome kesehatan yang buruk dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor berisiko, seperti konsumsi alkohol, <b>kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang buruk</b>, serta merokok. Maka dari itu perlu ditambahkan penanggulangan PTM termasuk juga pada faktor risikonya.</p> <p>Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan persentase penduduk dengan obesitas <b>meningkat dua kali lipat</b> dalam 10 tahun dari <b>10.3% (2007) menjadi 21.8% (2018)</b>. Salah satu penunjang meningkatnya penyakit tidak menular seperti obesitas dan diabetes, disebabkan oleh pola makan yang buruk diantaranya konsumsi minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK) yang berlebihan. Menurut data SUSENAS, tingkat konsumsi minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK) di Indonesia dalam 20 tahun terakhir mengalami peningkatan yang signifikan, dari sekitar <b>51 juta liter (1996) menjadi 780 juta liter (2014) atau meningkat 15 kali lipat</b>. Berdasarkan Riskesdas, diketahui bahwa anak usia remaja mengkonsumsi MBDK <b>lebih dari 1 kali dalam sehari</b>. Seiring meningkatnya jumlah konsumsi MBDK di kalangan masyarakat akan menyebabkan peningkatan angka kejadian penyakit tidak menular, terutama obesitas dan diabetes.</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>(1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat melakukan penanggulangan penyakit tidak menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular, <b>faktor risikonya</b> serta akibat yang ditimbulkannya.</p> <p><b>Ditambah pada naskah penjelas:</b></p> <p>(1) Yang termasuk faktor risiko penyakit tidak menular adalah merokok, konsumsi berlebihan makanan dan minuman tinggi gula, garam, atau lemak contohnya minuman berpemanis dalam kemasan.</p>

## Topik : Aborsi Aman

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
448	<p>Pasal 448</p> <p>Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI.</p>	<p>Wanita berhak atas kesehatan reproduksi mereka, salah satunya adalah untuk mendapatkan pelayanan aborsi yang aman. Menurut WHO, salah satu faktor wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan jarang mengakses aborsi aman, meski akses aborsi legal, adalah kurangnya pelayanan kesehatan aborsi (<a href="#">WHO, 2015</a>).</p> <p>Meski kedaruratan medis dan kehamilan akibat pemerkosaan dilegalkan untuk melakukan aborsi, namun penting untuk memastikan bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk didalamnya tenaga medis, tenaga kesehatan, dan individu yang terlibat dalam praktik aborsi aman tidak akan dikriminalisasi. Sesuai dengan rekomendasi WHO, untuk membangun sistem kesehatan yang mendukung tindak aborsi aman, perlu adanya kebijakan sistem pelayanan kesehatan aborsi yang memudahkan wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan untuk mengakses pelayanan aborsi aman (<a href="#">WHO, 2015</a>).</p> <p>Meski dalam pasal 40 pemerintah pusat dan daerah wajib menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan reproduksi, namun dalam RUU Kesehatan ini belum secara spesifik memberikan perlindungan hukum/pidana bagi SDMK untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan aborsi. Hal ini akan memperkecil kemungkinan fasilitas kesehatan</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>Pasal 448</p> <p>(1) Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI.</p> <p>(2) <b>Tenaga medis dan penyedia layanan kesehatan yang melakukan aborsi sesuai Pasal 42 ayat (3) sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional tidak akan dikenakan pidana sesuai ayat (1) dan mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional.</b></p>

	untuk bersedia untuk memberikan pelayanan aborsi aman ( <a href="#">WHO, 2015</a> ). Mengingat dalam RUU Kesehatan ini hanya mencantumkan tindak pidana bagi aktor yang mengimplementasi praktik aborsi dalam pasal 448.	
--	--	--

## Topik : Surveilans Berbasis Masyarakat

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
369	<p>(1) Dalam rangka Kewaspadaan Wabah di wilayah, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi harus melaksanakan kegiatan:</p> <p>a. pemantauan terhadap terjadinya jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan pemetaan faktor risiko terjadinya Wabah;</p>	<p>Kewaspadaan wabah merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kedaruratan wabah terjadi di suatu daerah. Menurut dokumen <i>guideline</i> WHO terkait dengan peringatan dini wabah dibutuhkan sistem surveilans yang menjadi ujung tombak dalam mengukur kesiapan (<i>preparedness</i>) suatu daerah dalam menghadapi wabah. Dalam kegiatan surveilans yang komprehensif sudah termasuk didalamnya kegiatan pemantauan, penyelidikan epidemiologi, pengambilan data dan Informasi yang bisa digunakan untuk memantau suatu penyakit secara terus menerus agar bisa dicegah (<a href="#">WHO, 2023</a>).</p> <p>Sehingga kami menganjurkan untuk mengganti klausa 'pemantauan' menjadi 'surveilans' agar kegiatan yang dilakukan lebih menyeluruh.</p>	<p><b>Mengganti klausa 'pemantauan' menjadi 'surveilans'</b></p> <p>(1) Dalam rangka Kewaspadaan Wabah di wilayah, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi harus melaksanakan kegiatan:</p> <p>a. <b>Surveilans</b> terhadap terjadinya jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan pemetaan faktor risiko terjadinya Wabah;</p>
389	<p>(2) Penanganan penderita sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p> <p>a. isolasi; b. karantina; dan/atau c. pengobatan dan perawatan.</p>	<p>Penanganan penderita suatu wabah tidak hanya sebatas <i>treatment</i> yang hanya dilakukan pada pasien. Dalam kegiatan respon suatu <i>outbreak</i> perlu adanya mekanisme untuk memperkuat sistem surveilans di suatu wilayah yang mengalami <i>outbreak</i>. Salah satu upayanya adalah dengan mengumpulkan data dalam bentuk penyelidikan epidemiologi. Kegiatan ini dilakukan untuk menggali informasi dan mengumpulkan data terkait dengan</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>(2) Penanganan penderita sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p> <p>a. isolasi; b. karantina; c. pengobatan dan perawatan d. <b>pelacakan kontak</b></p> <p><b>Penambahan ayat dengan bunyi sebagai berikut :</b></p>

		<p>persebaran wabah melalui <i>active case finding</i> atau pelacakan kontak (<a href="#">WHO, 2023</a>).</p>	<p><b>Ditambah pada naskah penjelasan</b> (2) (d) Yang dimaksud pelacakan kontak adalah kegiatan menggali informasi riwayat kontak pasien yang dilakukan oleh petugas penyelidikan epidemiologi, dinas kesehatan, tenaga pendukung atau penunjang kesehatan, dan tenaga kesehatan cadangan dan atau masyarakat.</p>
401	<p>Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 400 huruf a merupakan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan non-Tenaga Kesehatan sesuai kebutuhan.</p> <p>Pasal Cukup jelas</p> <p>Penjelas</p>	<p>Dalam penanggulangan wabah, dibutuhkan campur tangan kader untuk bisa menjangkau masyarakat, terutama dalam kegiatan surveilans (upaya pelacakan kontak, deteksi, promosi kesehatan) yang mendukung penyelidikan epidemiologi sebagai upaya surveilans berbasis masyarakat (<a href="#">WHO, 2023</a>).</p> <p>Belajar dari penanganan pandemi COVID-19, kader menjadi perpanjangan tangan puskesmas dan dinas kesehatan dalam membantu penyelidikan epidemiologi seperti pelacakan kontak di lapangan hingga rumah rumah warga. Hal ini membuktikan bahwa keberadaan Kader sebagai salah satu sumber daya masyarakat memiliki peran vital dalam surveilans berbasis masyarakat kegiatan penanggulangan wabah (<a href="#">Bhaumik, 2020</a>).</p> <p>Kami mengusulkan pasal ini ditambahkan frasa 'Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan' dalam pasal ini dimana hal ini selaras dengan usulan CISDI pada pasal 193 ayat 17.</p>	<p><b>Diubah menjadi</b></p> <p>Pasal 401 Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 400 huruf a merupakan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, <b>Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan</b>, dan non-Tenaga Kesehatan sesuai kebutuhan.</p> <p>Pasal Penjelas Tenaga Pendukung dan Penunjang Kesehatan yang dimaksud adalah sesuai pasal 193 ayat 17.</p>



## Topik: Peran Masyarakat dalam Penyelenggaraan Kesehatan

Pasal	Bunyi Pasal dan Penjelasan	Catatan CISDI	Rekomendasi
17	<p>(2) <b>Pengelolaan Kesehatan</b> sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, <b>dan/atau masyarakat</b> melalui pengelolaan: a. administrasi Kesehatan; b. informasi Kesehatan; c. Sumber Daya Kesehatan; d. Upaya Kesehatan; e. pendanaan Kesehatan; f. peran serta dan pemberdayaan masyarakat; g. penelitian; h. pengembangan; i. inovasi dalam ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan; dan j. pengaturan hukum Kesehatan yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya.</p>	<p>Pengelolaan kesehatan seperti hanya dimiliki oleh pemerintah pusat dan daerah dengan adanya <b>penggunaan kata dan/atau</b>. Peran masyarakat masih bersifat tambahan. Padahal diketahui bahwa untuk mencapai <i>people-centered health system</i> yang dapat memenuhi hak atas kesehatan, suara masyarakat selaku pengguna sangat penting untuk dicermati agar layanan dapat diterima dengan baik dan sesuai ekspektasi masyarakat (<i>acceptability</i>) (McLaughlin, 2002).</p>	<p><b>Diubah menjadi:</b> (2) Pengelolaan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah <b>dengan masukkan masyarakat</b> melalui pengelolaan: a. administrasi Kesehatan; b. informasi Kesehatan; c. Sumber Daya Kesehatan; d. Upaya Kesehatan; e. pendanaan Kesehatan; f. peran serta dan pemberdayaan masyarakat; g. penelitian; h. pengembangan; i. inovasi dalam ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan; dan j. pengaturan hukum Kesehatan yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya.</p>