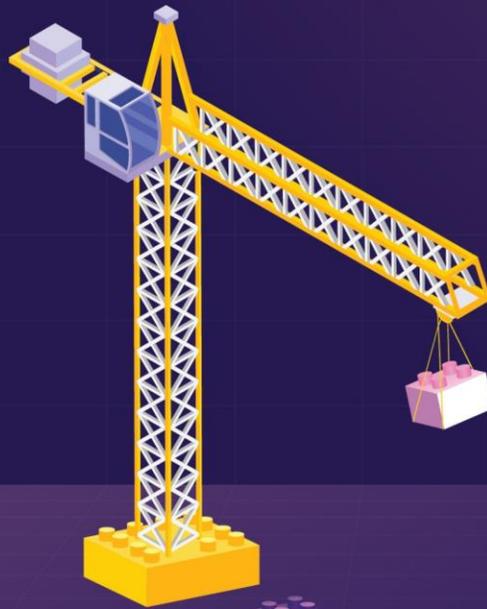


Saatnya Berubah



HEALTH
OUTLOOK
2023

CISDI HEALTH OUTLOOK 2023 **Saatnya Berubah**

Dipublikasikan di Indonesia pada Februari 2023 oleh
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

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

www.cisdi.org

Desain sampul oleh Dedi Suhendi, hak cipta dilindungi.

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



Sebagian hak dipertahankan.

Cara mengutip kajian ini:
(CISDI, 2023)

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2023.
Health Outlook 2023: Saatnya Berubah

Daftar Isi

Daftar Singkatan dan Abreviasi	3
Daftar Istilah	7
Pengantar	8
Ringkasan Eksekutif	10
Bab I 2023 sebagai Momentum Transformasi.....	22
Bab II Metodologi Kajian.....	35
Bab III Tantangan Pembangunan Kesehatan 2023.....	37
Bab IV Prioritas Transformasi: Sistem Kesehatan Nasional dengan Fokus pada Layanan Kesehatan Primer	50
Bab V Prioritas Transformasi: Sistem Kesehatan Digital.....	72
Bab VI Prioritas Transformasi: Tata Kelola Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan	82
Bab VII Skenario & Peta Jalan Kebijakan	95
Bab VIII Kesimpulan dan Rekomendasi.....	117



Daftar Singkatan dan Abreviasi

3T	: Tertinggal, Terdepan, Terluar
ACT-A	: <i>Access to COVID-19 Tools Accelerator</i>
ADAPTT	: <i>Surge Planning Support Tool</i>
ADE	: <i>Antibody Dependent Enhancement</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AMC	: <i>Advance Market Commitment</i>
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APD	: Alat Pelindung Diri
APJII	: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia
ASEAN	: Association of Southeast Asian Nations
ASIK	: Aplikasi Sehat Indonesiaku
ASN	: Aparatur Sipil Negara
BAKTI	: Balai Aksesibilitas Telekomunikasi dan Informasi
Baleg	: Badan Legislasi
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BIAN	: Bulan Imunisasi Anak Nasional
BIN	: Badan Intelijen Negara
Biro KSLN	: Biro Kerja Sama Luar Negeri
BKPK	: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
BLC	: Bersatu Lawan COVID
BMHP	: Bahan Medis Habis Pakai
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BRIN	: Badan Riset dan Inovasi Nasional
BSC	: <i>Biosafety Cabinet</i>
BSSN	: Badan Siber dan Sandi Negara
BUMDes	: Badan Usaha Milik Desa
CCM	: <i>Country Coordinating Mechanism</i>
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CEPI	: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CISDI	: Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives
COVAX	: COVID-19 Vaccines Global Access
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DALYs	: <i>Disability Adjusted Life Years</i>
DAU	: Dana Alokasi Umum



Ditjen	: Direktorat Jenderal
DPMD	: Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa
DPR	: Dewan Perwakilan Rakyat
DTO	: <i>Digital Transformation Office</i>
E-PPGBM	: Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKM	: Fakultas Kesehatan Masyarakat
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
G20	: Group of Twenty
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GBD	: <i>Global Burden of Disease</i>
HAM	: Hak Asasi Manusia
HDI	: <i>Human Development Index</i>
HKPD	: Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
HiAP	: <i>Health in All Policies</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HWG	: Health Working Group
IAR	: <i>Intra Action Review</i>
IHR	: <i>International Health Regulation</i>
IKN	: Ibu Kota Negara
ILP	: Integrasi Layanan Primer
JEE	: <i>Joint External Evaluation</i>
JFHTF	: Joint Finance-Health Task Force
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kemendagri	: Kementerian Dalam Negeri
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kemenkeu	: Kementerian Keuangan
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan
KIPP	: Kawasan Inti Pusat Pemerintahan
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KPI	: <i>Key Performance Indicator</i>
KPS	: Kemitraan Pemerintah dengan Swasta
KTT	: Konferensi Tingkat Tinggi
KUHP	: Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
LKD	: Layanan Kesehatan Desa
MoU	: Memorandum of Understanding
MPOX	: Monkeypox
NHA	: <i>National Health Account</i>
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
ODA	: Official Development Assistance
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa

OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
OKI	: Organisasi Kerja Sama Islam
OOP	: <i>Out of Pocket</i>
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
Paskhas	: Pusat Harmonisasi Kebijakan Kesehatan
PBB/UN	: Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>United Nations</i>)
PDB	: Produk Domestik Bruto
PDP	: Pelindungan Data Pribadi
PEN	: Pemulihan Ekonomi Nasional
Perppu	: Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang
Perpres	: Peraturan Presiden
PHC	: <i>Primary Health Care</i>
PHEIC	: <i>Public Health Emergency of International Concern</i>
PN	: Pencerah Nusantara
Pokja	: Kelompok Kerja
PP	: Peraturan Pemerintah
PPKM	: Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PPP	: <i>Public-Private Partnerships</i>
PPR	: <i>Prevention, Preparedness, and Response</i>
PSSK	: Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan
Pusdatin	: Pusat Data dan Informasi
Pusjak KGTK	: Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan
Pusjak PDK	: Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan
PUPR	: Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
Rifaskes	: Riset Fasilitas Kesehatan
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
RKUHP	: Rancangan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
RMIK	: Rekam Medis Informatika Kesehatan
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	: Rumah Sakit
RUU	: Rancangan Undang-Undang
SDH	: <i>Social Determinants of Health</i>
SDI	: Satu Data Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
SIMPUS	: Sistem Pencatatan Manajemen Puskesmas
SIK	: Sistem Informasi Kesehatan
SIPTM	: Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SOTK	: Struktural Organisasi dan Tata Kelola
SPA	: Sarana, Prasarana, dan Alat
SPBE	: Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik



SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Sp. KKLK	: Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer
STPI	: Stop TB Partnership Indonesia
TA	: Tahun Anggaran
TB/TBC	: Tuberculosis
THE	: <i>Total Health Expenditure</i>
TP PKK	: Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
UKBM	: Upaya Kesehatan BERbasis Masyarakat
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UNDP	: <i>United Nations Development Programme</i>
UU	: Undang-Undang
VTD	: Vaksin, Terapeutik, dan Diagnostik
WGS	: <i>Whole Genome Sequencing</i>
WHO	: World Health Organization



Daftar Istilah

- Ad hoc* : Segala sesuatu termasuk orang yang dibentuk atau ditunjuk untuk menjalankan suatu tujuan dalam jangka waktu tertentu dan bersifat sementara
- Central Transformation Office* : Tim yang mengkoordinasikan dan mengakselerasi implementasi seluruh program reformasi birokrasi dan transformasi kelembagaan kepada seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan
- Clinical Pathway* : Salah satu alat utama yang digunakan untuk mengelola kualitas dalam perawatan kesehatan mengenai standarisasi proses perawatan
- Cost-Benefit Analysis* : Proses menghitung dan membandingkan perkiraan biaya dengan manfaat/peleluang yang menjadi acuan penting dalam pembuatan keputusan
- Emerging Disease* : Penyakit yang muncul dan menyerang suatu populasi untuk pertama kalinya, atau telah ada sebelumnya namun meningkat dengan sangat cepat, baik dalam hal jumlah kasus baru di dalam suatu populasi, atau penyebarannya ke daerah geografis yang baru
- Financial Intermediary Fund* : Dana Perantara Keuangan, yakni pengaturan keuangan yang biasanya memanfaatkan berbagai sumber daya publik dan swasta untuk mendukung prakarsa internasional, memungkinkan komunitas internasional untuk memberikan tanggapan langsung dan terkoordinasi terhadap prioritas global
- Food and Waterborne Disease* : Penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang terdapat pada makanan dan sumber air yang terkontaminasi
- Hybrid Oriented Policy Roadmapping* : Kerangka metodologis untuk menghubungkan hasil riset dengan konteks kebijakan sistemik dan desain kebijakan yang berwawasan ke depan
- Inklusi Digital* : Kegiatan yang diperlukan untuk memastikan bahwa semua individu dan komunitas, termasuk yang paling tidak beruntung, memiliki akses dan penggunaan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK)

- International Health Regulation* : Instrumen hukum internasional utama yang mengatur status penyebaran penyakit secara global
- Kejadian Luar Biasa* : Timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.
- Low Baseline Effect* : Efek yang dapat ditimbulkan oleh pilihan titik referensi yang rendah saat membandingkan dua titik data pada hasil perbandingan
- National Health Account* : Proses pencatatan dan klasifikasi data belanja kesehatan (*health expenditure*), merupakan sebuah proses untuk menggambarkan aliran biaya atau belanja yang dicatat dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan
- Official Development Assistance* : Bantuan yang diberikan pemerintah negara donor yang menargetkan pembangunan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan negara berkembang
- Out of Pocket* : Pengeluaran masyarakat untuk perawatan medis yang tidak diganti oleh asuransi publik maupun swasta
- Pandemic Fund* : Dana penanganan pandemi yang digunakan untuk pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons menghadapi pandemi berikutnya
- Personalized Healthcare* : Jenis pelayanan kesehatan yang berkembang di mana dokter menggunakan tes diagnostik untuk menentukan perawatan medis mana yang paling cocok untuk setiap pasien
- Telemedicine* : Mencakup semua layanan kesehatan, pendidikan, informasi dan administrasi yang dapat ditransmisikan dari jarak jauh melalui teknologi telekomunikasi
- Unintended Consequences* : Hasil dari tindakan yang tidak dimaksudkan, diproyeksikan, atau diinginkan
- Vaccine Drop Out* : Situasi ketika interval vaksin sebelumnya melewati batas waktu yang dijadwalkan
- Whole Genome Sequencing* : Metode yang digunakan untuk mengurutkan genom yang berada di organisme, seperti bakteri, virus, dan manusia

Pengantar

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) kembali menerbitkan *Health Outlook 2023* untuk memberi arah dan rekomendasi bagi pemerintah dan sebagai referensi bagi pemangku kepentingan lainnya dalam menentukan prioritas perbaikan kebijakan kesehatan Indonesia. Kajian ini berisi kilas balik kebijakan kesehatan dan kinerja sistem kesehatan Indonesia sepanjang tahun 2022 di tengah pandemi COVID-19, memetakan tantangan pembangunan kesehatan serta merekomendasikan desain kebijakan maupun operasional pembangunan kesehatan yang mungkin terjadi pada tahun 2023.

Setelah memetakan berbagai kejadian dan merefleksikan penggerak – kecenderungan – tantangan utama yang secara signifikan menandai dunia kesehatan Indonesia selama tahun 2022 dengan menggunakan metodologi *Foresight*, CISDI mengembangkan tiga skenario dengan karakteristik masing-masing, yang mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi (*equally plausible scenarios*). Ketiga skenario ini dikembangkan untuk mengantisipasi pendekatan dan arah kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2023.

CISDI merumuskan rekomendasi berdasarkan metodologi *Policy Roadmapping* untuk perbaikan kebijakan berdasarkan tantangan implementasi tiga skenario alternatif tersebut. Rekomendasi disusun berdasarkan pengetahuan eksplisit dan implisit yang diperoleh dari berbagai kajian, literatur, pendapat praktisi, masyarakat sipil dan komunitas, maupun para narasumber ahli.

Kajian ini disiapkan oleh tim yang dipimpin oleh Olivia Herlinda dan beranggotakan Iqbal Hafizon, Fachrial Kautsar, Sinta Amalia K. S, Sayyid M. Jundullah, dan Clarissa Magdalena. Yurdhina Meilissa memberikan masukan untuk *storyline* kajian ini. Diah Satyani Saminarsih sebagai *corresponding author* bertanggung jawab atas keseluruhan isi serta mengarahkan, mengatur luas dan kedalaman kajian. Dedi Suhendi mengatur tata letak laporan. Sadika Hamid dan Syailendra Persada mengatur diseminasi publik kajian dalam “Lokapala: Saatnya Berubah”. Rudra Ardiyase mengatur elemen artistik kreatif dari kajian dan diseminasi publik.

Kami memperoleh berbagai masukan dan bimbingan sesuai latar belakang keilmuan dan kepakaran Dewan Penasihat CISDI yang terdiri dari Akmal Taher, Wicaksono Sarosa, Christian P. Somali, Ani Rahardjo, Anindita Sitepu, Fasli Jalal, Herawati Sudoyo, Rudiantara dan Beka Ulung Hapsara. Masukan khusus tentang tata kelola Pemerintah Pusat dan Daerah, layanan kesehatan primer dan kelembagaan kami terima dari Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa.

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



Ringkasan Eksekutif

*“Truth told, most attempts in life do not deliver expected results.
So alter your perception, your vision, your outlook, but do not abandon your end goal”
– Richelle E. Goodrich.–*

Tahun 2023 adalah tahun momentum transformasi sektor kesehatan. Dengan bobot politisnya yang tinggi, 2023 merupakan periode perencanaan pembangunan jangka menengah periode 2024–2029 sebelum akhirnya pemerintahan berganti pada tahun 2024. Kapasitas dan kualitas sistem kesehatan nasional akan menentukan arah pemulihan dan ketahanan suatu negara terhadap pandemi dan krisis lainnya. Tanpa reformasi sistem kesehatan nasional, ketimpangan antar dan di dalam negara berisiko semakin melebar karena perbedaan kemampuan individu/kelompok/negara dalam merespon dan membangun kesiapsiagaan atas krisis kesehatan.

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) melalui Health Outlook 2023 kembali memberikan kilas balik pembangunan kesehatan di tahun 2022, serta proyeksi tantangan dan peluang pembangunan kesehatan di tahun 2023 di Indonesia. Kajian ini menggunakan pendekatan *Policy Roadmapping*¹, yaitu pendekatan dalam analisis kebijakan publik yang membantu pembuat kebijakan melakukan perencanaan. Mengkombinasikan pemindaian cakrawala dan evaluasi kebijakan dalam kerangka waktu spesifik, instrumen ini dapat membantu pembuat kebijakan mendesain kebijakan yang antisipatif terhadap dinamika perubahan. Kajian disusun menggunakan data primer dari proses konsultasi ahli, juga data sekunder dan kajian kebijakan, dokumen serta temuan di media.

Health Outlook 2023 menekankan pentingnya perspektif kebijakan kesehatan berbasis hak asasi manusia. Perspektif ini menjadi elemen esensial dalam pembangunan kesehatan Indonesia yang menekankan bahwa kesehatan adalah hak bagi semua warga negara Indonesia. Untuk itu, negara harus dapat menjamin hak setiap warga negara untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau melalui indikator

¹ Pendekatan ini mendekonstruksi model pembuatan kebijakan yang selama ini bersifat *top down* dan sentralistik pada aktor kebijakan tertentu. Selain itu, *Policy Roadmapping* menanggalkan proses pembentukan kebijakan bersifat linear, menggantikannya dengan model pembelajaran *cyclical*. Pendekatan ini utamanya digunakan untuk menentukan arah serta opsi kebijakan dalam periode jangka pendek.

ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), keterjangkauan (*affordability*), dan penerimaan (*acceptability*).

Tantangan dan peluang tahun 2023

Dalam dokumen kemudian kami memproyeksikan sejumlah faktor, seperti 1) Keamanan dan ketahanan kesehatan; (2) Tata kelola pemerintahan dan potensi perlambatan di tahun politik; serta (3) Politik anggaran dan perlambatan ekonomi, dapat menjadi tantangan atau bahkan peluang di tahun 2023 untuk momentum transformasi kesehatan.

Tiga area prioritas pembangunan sektor kesehatan 2023: layanan kesehatan primer, kesehatan digital, serta diplomasi kesehatan global menjadi fokus dalam pemetaan situasi, tantangan, dan rekomendasi dalam *Health Outlook 2023*.

Prioritas transformasi 1: Sistem kesehatan nasional dengan fokus layanan kesehatan primer

Pembangunan jangka panjang nasional memiliki visi menciptakan manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menjadi instrumen dan kerangka penting yang mendorong peningkatan kualitas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang dapat berkontribusi pada ekonomi negara serta pembangunan secara keseluruhan. Reformasi SKN oleh pemerintah menjadikan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care/PHC*) sebagai arus utama serta fokus spesifik dalam penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (Bappenas, 2022).

Layanan kesehatan primer sebagai pintu kontak pertama antara populasi dengan sistem kesehatan sudah seharusnya menjadi bagian yang paling tangguh dan solid dari keseluruhan sistem kesehatan. Namun, pandemi COVID-19 nyatanya telah mendisrupsi layanan kesehatan primer Indonesia. Di awal pandemi terjadi penurunan layanan kesehatan esensial di puskesmas, hingga lebih dari 75% posyandu tidak melakukan pelayanan; lebih dari 41% kunjungan rumah terhenti; layanan imunisasi terganggu pada hampir 90% posyandu dan 65% puskesmas (Kemenkes, 2022; Mahendradhata et al, 2021). Transformasi layanan kesehatan primer yang ideal harus berfokus pada prinsip pemenuhan akses dan kualitas, integratif, dan juga sebagai investasi pembangunan jangka panjang. Untuk itu, reformasi harus berfokus pada reformasi kepemimpinan dan tata kelola, kebijakan publik, kualitas layanan, pembiayaan kesehatan, juga SDM Kesehatan.

Prioritas transformasi 2: Sistem Kesehatan Digital

Strategi transformasi kesehatan digital merupakan wujud implementasi dari visi Kemenkes RI untuk melakukan digitalisasi sektor kesehatan, mulai dari fase awal kehidupan dalam



kandungan hingga pelayanan kesehatan terpadu bagi lansia. Namun demikian, masih terdapat banyak tantangan untuk mewujudkan transformasi digital kesehatan yang berprinsip keadilan. Data menunjukkan bahwa masih banyaknya pekerjaan rumah serta tantangan yang menanti dalam mewujudkan ambisi transformasi kesehatan digital di Indonesia. Mulai dari ketersediaan infrastruktur pendukung, kapasitas layanan kesehatan, data yang terfragmentasi, keterbatasan SDM ahli, tata kelola dan kepemimpinan hingga keterbatasan regulasi.

Sepanjang tahun 2022 dan masih nampak tren serupa di tahun 2023, fragmentasi data kesehatan masih terjadi mulai dari tingkat layanan, kabupaten/kota, provinsi, hingga kementerian/lembaga pusat. Terlebih, masih adanya *gap* regulasi mengenai standar interoperabilitas data yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan, sementara itu, penggunaan kerangka kerja interoperabilitas data kesehatan pada Permenkes 18/2022 juga dikhawatirkan keberlanjutannya. Keberadaan tim DTO yang bersifat ad hoc menimbulkan kekhawatiran akan keberlanjutan progres transformasi kesehatan digital pasca berakhirnya periode renstra dan masa jabatan Menteri Kesehatan. Selain itu, peraturan baru mengenai perlindungan data pribadi akan mengubah banyak ekosistem data kesehatan Indonesia.

Pemerintah sendiri menargetkan perubahan-perubahan terkait integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, sistem aplikasi kesehatan, dan pengembangan ekosistem tata kelola dan kebijakan kesehatan menjadi prioritas hingga tahun 2024. Platform "SATUSEHAT" diluncurkan tahun 2022 dengan menargetkan uji coba integrasi data pada lebih dari 30 ribu fasilitas layanan kesehatan secara kumulatif (puskesmas dan klinik, rumah sakit, laboratorium, dan apotek) di seluruh Indonesia. Transformasi kesehatan digital yang ideal harus berfokus pada inovasi teknologi dan integrasi sistem informasi kesehatan yang berorientasi pada upaya peningkatan kualitas dan akses pada layanan kesehatan, terutama bagi kelompok yang termarjinalkan secara sosial dan ekonomi di masyarakat. Aspek inklusi sosial dan digital perlu menjadi pertimbangan utama dalam setiap pengambilan kebijakan terkait transformasi digital kesehatan. Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan reformasi di tingkat regulasi, koordinasi kelembagaan, dan kapasitas SDM yang komprehensif untuk memastikan agenda transformasi kesehatan digital dapat berjalan berkesinambungan dan tidak meninggalkan seorang pun di belakang.

Prioritas transformasi 3: Tata kelola kesehatan global dan teknologi kesehatan

Selama pandemi COVID-19 Indonesia mengambil peran lebih luas dalam tata kelola kesehatan global yang mengharuskan banyak negara untuk melakukan diplomasi kesehatan. Perubahan sikap diplomasi Indonesia yang sebelumnya cenderung pragmatis merupakan suatu perkembangan yang perlu diapresiasi dan dipertahankan. Pasalnya, hal-hal yang dahulu

terbatas pada kebijakan nasional sekarang menjadi masalah yang berdampak lintas batas negara dan menjadi perhatian global, salah satunya akses ke obat, alat diagnostik, dan vaksin. Ketimpangan akses yang menjadi realitas global mencerminkan tata kelola kesehatan global yang belum berperspektif HAM dan belum berhasil melindungi mereka yang paling rentan. Diplomasi kesehatan Indonesia harus berfokus pada prinsip multilateralisme dan perwujudan tata kelola kesehatan global yang terkoordinasi dan berorientasi pada kesiapsiagaan dan pencegahan. Untuk mencapai hal tersebut, di tingkat nasional diperlukan penguatan kapasitas kelembagaan juga dibangunnya mekanisme formal koordinasi lintas sektor (*public-private-community*) yang memungkinkan penyusunan prioritas penerjemahan agenda di tingkat global merefleksikan kebutuhan komunitas terdampak selaku penerima manfaat. Di tahun 2023 juga Indonesia dapat memanfaatkan kepemimpinannya di ASEAN, serta momentum dan negosiasi di tingkat global, seperti perumusan *pandemic treaty* dan revisi *International Health Regulations (IHR)*, untuk menguatkan sistem kesehatan nasional dan kepentingan kesetaraan akses negara ekonomi rendah dan menengah-rendah.

Berdasarkan ketiga prioritas pembangunan sektor kesehatan serta tantangan pembangunan kesehatan tahun 2023, **CISDI mengembangkan tiga skenario yang memungkinkan punya peluang yang sama untuk terjadi (*plausible scenarios*) menggunakan indikator penting sistem kesehatan.** Dalam tiap skenario, kami mempertimbangkan tiga elemen penting sistem kesehatan, yaitu tata kelola, pembiayaan, dan *service delivery*.

Untuk skenario pertama ***The Sage*² “Yoda”** – yang mana proses penguatan sistem kesehatan yang ditempuh melalui semua proses dan konsekuensi dari reformasi maupun transformasi diasumsikan dapat menghasilkan hasil yang ideal, yaitu tercapainya cakupan kesehatan semesta (UHC). Skenario ini merefleksikan proses reformasi yang menysasar pada akar permasalahan pembangunan kesehatan, tidak terbatas pada pendekatan-pendekatan superfisial semata. Investasi dan perubahan berfokus pada pencegahan, memperkuat ketahanan kesehatan, perubahan menuju kesehatan digital secara tepat guna dan transformasi layanan kesehatan primer.

Kedua, skenario ***Smokes and Mirrors*³** – yang mana penguatan sistem kesehatan bersifat sporadis dan menysasar perubahan inkremental. Skenario ini merefleksikan penguatan sistem kesehatan yang superfisial, tidak menysasar pada kebutuhan dan gap kebijakan yang terjadi di lapangan. Sistem kesehatan secara relatif masih rentan terguncang eksternalitas: krisis kesehatan (wabah dan bencana alam), krisis ekonomi, dan ketidakstabilan situasi politik, akibat perubahan yang belum bersifat sistemik. Modalitas seperti komitmen politik untuk penguatan

² Orang bijak

³ Perubahan superfisial



sistem kesehatan sudah terbentuk, akan tetapi penerjemahannya ke dalam pendekatan operasional masih terbatas dan cenderung superfisial.

Ketiga, skenario **“Business as Usual”** – yang mana penguatan sistem kesehatan berjalan layaknya praktik yang terdahulu tanpa perubahan dan evaluasi dari proses pembelajaran, terjadi kemunduran untuk beberapa capaian kesehatan tanpa adanya upaya serius untuk memperbaiki situasi tersebut. Sistem kesehatan akan rentan terguncang karena eksternalitas, seperti krisis kesehatan (wabah dan bencana alam), perlambatan ekonomi, dan ketidakstabilan situasi politik, berakibat pada mandeknya proses *rebuilding* sistem kesehatan. Stagnasi pembangunan kesehatan terjadi sebagaimana situasi awal pandemi yang mana pendekatan pembangunan sistem kesehatan tidak berorientasi pada kesiapsiagaan, melainkan pendekatan ad-hoc yang sangat reaktif.

Dari ketiga skenario ini, **tim peneliti berpendapat bahwa skenario ideal adalah skenario pertama (*The Sage*)**; dimana perubahan terjadi total, dalam dan menyeluruh untuk dapat dijalankan sepanjang tahun 2023. Hal ini sejalan dengan momentum perbaikan dan pembangunan kembali yang terbuka di tahun ini.

⁴ Keadaan tanpa perubahan

Untuk mencapai skenario ideal tersebut, diperlukan upaya transformatif, terutama kebutuhan dari sisi regulasi dan kebijakan, yang dapat dilakukan oleh semua pemangku kepentingan pada bidang kesehatan yang kami mengklasifikasinya ke dalam rentang waktu kebutuhan jangka menengah dan jangka panjang, sebagai berikut:

Transformasi Layanan Kesehatan Primer	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Ketiadaan kerangka regulasi formal secara umum untuk koordinasi lintas sektor urusan kesehatan	dibentuknya Peraturan Presiden terkait koordinasi lintas sektor bidang kesehatan dan secara jelas memaparkan peran tiap sektor dan jalur koordinasi	Tersedianya regulasi tingkat subnasional untuk membentuk tim koordinasi lintas sektor bidang kesehatan di tingkat subnasional
	Dukungan transformasi kesehatan atau <i>Health in All Policy</i> (HiAP) oleh K/L lain masih terbatas	Revisi Perpres No. 72 Tahun 2012 terkait Sistem Kesehatan Nasional untuk mengatur peran multisektor serta alur koordinasinya dalam perwujudan HiAP	
	Ketiadaan regulasi formal setingkat Peraturan Presiden terkait dengan pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Posyandu Prima untuk mendorong koordinasi lintas sektor	Dibentuknya Perpres terkait pelaksanaan ILP dan Posyandu Prima untuk mendorong koordinasi lintas sektor	Adanya kesinambungan regulasi dari tingkat UU hingga regulasi operasional tingkat desa terkait pelayanan kesehatan primer yang multisektoral
	Tersedianya Permenkes 27/2022 mengenai kemitraan dengan pihak swasta dalam layanan kesehatan primer	Revisi Permenkes No. 27 Tahun 2022 terkait kemitraan dengan pihak swasta, mencantumkan mekanisme insentif dan kewajiban pihak swasta untuk berkontribusi dalam layanan kesehatan primer	Tersedianya kebijakan selevel Peraturan Presiden atau lebih yang mengatur secara jelas integrasi sistem dan layanan juga peran pihak swasta dalam kesehatan, juga sektor lain selain kesehatan yang berperan dalam mendukung kesehatan untuk semua (HiAP)



Transformasi Layanan Kesehatan Primer	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Penguatan tata kelola JKN masih berkuat pada isu tarif layanan, belum menyentuh isu peningkatan kualitas layanan kesehatan maupun tata kelola data.	Reformasi tata kelola JKN tidak berfokus pada skema penambahan <i>pooling</i> baru, tetapi fokus pada peningkatan kualitas layanan dan tata kelola data untuk mendorong peningkatan akses pelayanan kesehatan serta pendapatan BPJS Kesehatan	Reformasi JKN mencakup peningkatan kepesertaan, meningkatkan pendapatan, lebih strategis dalam pembelian, dan mengarah terhadap <i>risk-adjusted capitation</i>
	Belum ada regulasi terkait pelembagaan kader kesehatan yang mengatur insentif dan sertifikasi	Adanya regulasi yang mengakui kader kesehatan sebagai SDM Kesehatan yang menjabarkan peran, hak, dan kewajiban kader kesehatan	Regulasi yang mengatur SKN menempatkan kader kesehatan sebagai elemen penting dalam SKN
	Terbatasnya definisi dan komponen surveilans dalam SKN (yang masih berfokus pada penyakit kronis)	Redefinisi makna surveilans yang lebih komprehensif dalam revisi Perpres No 72 Tahun 2012 mengenai SKN	Tersedianya regulasi operasional terkait surveilans penyakit secara komprehensif dan dioperasionalkan oleh Direktorat P2P
	Terbatasnya strategi dan regulasi pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia	Tersedianya strategi dan regulasi pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia dengan pengaturan untuk mekanisme remunerasi, supervisi, dan pengembangan profesional secara berkelanjutan	Tersedianya strategi dan regulasi pemerataan SDM Kesehatan lintas sektoral (contoh sektor perumahan, keamanan, pendidikan, dll) untuk pemenuhan kebutuhan SDM di daerah
Transformasi Kesehatan Digital	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Belum ditetapkannya Kemenkes sebagai Pembina Data Tingkat Pusat untuk sektor kesehatan dalam Perpres Satu Data Indonesia	Revisi Perpres 39/2019 tentang Satu Data Indonesia untuk mencantumkan Kemenkes sebagai Pembina Data Tingkat Pusat untuk sektor kesehatan	

Transformasi Kesehatan Digital	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Standar interoperabilitas data lintas sektor yang seharusnya dibuat oleh Kemenkominfo belum ditetapkan. Kemenkes membuat sendiri standar interoperabilitas mengacu pada FHIR	Kemenkominfo menerbitkan Permenkominfo tentang Standar Interoperabilitas Data yang menjadi acuan umum standar interoperabilitas data lintas kementerian/lembaga	
	Cetak biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan terbatas hanya sampai tahun 2024 karena hanya merujuk dan dibakukan lewat Permenkes 13/2022 tentang Perubahan Renstra Kemenkes 2020-2024	Disusunnya regulasi yang mengatur strategi dan agenda transformasi digital kesehatan Kementerian Kesehatan secara jangka panjang	Disusunnya regulasi yang mengatur strategi dan agenda transformasi digital kesehatan lintas sektoral secara jangka panjang
	Cetak biru Strategi Digital Kesehatan belum mencantumkan strategi transformasi pada aspek tenaga kesehatan yang dibutuhkan	Disusunnya regulasi dan strategi penyesuaian kebutuhan SDM untuk agenda transformasi digital kesehatan, sejalan dengan regulasi pemerataan SDM, bekerjasama dengan Ditjen Tenaga Kesehatan, Kemenpan RB, serta Badan Kepegawaian Negara	
	Disahkannya UU PDP memerlukan adaptasi tata kelola keamanan data kesehatan, sayangnya ini belum terjadi secara konkrit.	Sosialisasi dan pelatihan SDM terkait UU PDP dan peraturan turunannya. Penyesuaian produk regulasi di lingkungan Kemenkes yang berkaitan dengan UU PDP (contoh: PP Sistem Informasi Kesehatan, Permenkes Rekam Medis, Permenkominfo Sistem Manajemen Pengamanan Informasi, dan Permenkes Penyelenggaraan Satu Data Kesehatan)	Penyesuaian kurikulum (di sektor pendidikan) dan SPM (di tingkat layanan) untuk mengadopsi ketentuan terkait UU Perlindungan Data Pribadi di sektor kesehatan



Transformasi Kesehatan Digital	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Struktur kelembagaan Digital Transformation Office (DTO) merupakan bagian dari Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat yang sifatnya <i>ad hoc</i> dan ditetapkan hanya lewat Kepmenkes	Adanya lead sector yang memastikan agenda e-government di seluruh instansi dapat berjalan secara berkesinambungan Adanya regulasi/instruksi mengenai keberlanjutan reformasi birokrasi untuk penerapan e-government, salah satunya mengatur pengadaan ditjen yang berfokus pada penerapan <i>e-government</i> yang diisi oleh ASN jabatan fungsional komputer	
	Permenkes No 43/2019 tentang Puskesmas belum memasukkan unsur SDM IT atau Infokes ke dalam standar ketenagaan puskesmas	Revisi Permenkes 43/2019 tentang Puskesmas untuk memasukkan SDM IT atau Infokes sebagai SDM wajib puskesmas	Adanya strategi penguatan kapasitas daerah yang tergolong <i>under-development areas</i> yang berpotensi memiliki kesulitan untuk memenuhi standar ketenagaan puskesmas
	Belum ada perubahan regulasi di bidang pendidikan tinggi yang khusus untuk merespon kebutuhan transformasi kesehatan digital		Adanya koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan Ditjen Dikti Kemendikbud, Ditjen Aptika Kemenkominfo, dan Organisasi Profesi terkait penyesuaian regulasi pendidikan untuk merespons kebutuhan transformasi digital kesehatan
	Belum ada regulasi atau panduan terkait <i>digital health inclusion</i>		Disusunnya Permenkes/Permenkominfo terkait digital health inclusion agar tidak mengeksklusi kelompok masyarakat tertentu yang kesulitan mengakses layanan kesehatan digital dan minim literasi digital
	<i>Technical Working Group</i> yang berisi unsur pemerintah, akademisi, dan masyarakat sipil dibentuk dan difasilitasi Kemenkes		Mengembangkan TWG sebagai wadah partisipasi komunitas/organisasi di luar pemerintah untuk berpartisipasi dalam penyusunan arah kebijakan, pengembangan inovasi, dan scaling up program/pembiayaan kesehatan digital
	Interkonektivitas Data BPJS Kesehatan dan Kemenkes sudah dibangun ekosistemnya		Pengembangan interkonektivitas data menjadi interoperabilitas data yang memungkinkan kedua pihak dapat berbagi-pakai data secara optimal, termasuk kepada pihak lain seperti Kemensos dan Dukcapil



Diplomasi Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Kebutuhan perubahan regulasi dan kebijakan	Pemerintah Indonesia terus mendorong translasi kesepakatan pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD di G20 melalui penyusunan analisis kebutuhan hingga penerjemahan komitmen ke dalam indikator konkrit	Memanfaatkan momentum keketuaan MIKTA untuk merealisasikan pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD, sebagai track 3 diplomasi kesehatan guna mendukung upaya diplomasi melalui G20	Memanfaatkan <i>platform mRNA hub facilities</i> untuk diintegrasikan dengan penguatan kapasitas VTD baik di tingkat kawasan (ASEAN) maupun global seperti G20 dan MIKTA
	Proses negosiasi dan debat reformasi IHR dan penyusunan <i>Pandemic Treaty</i> saat ini belum menghasilkan kemajuan yang signifikan dalam mengusulkan solusi. Diskusi dipenuhi oleh pertanyaan prosedural, dengan sedikit usulan untuk perubahan substantif. Beberapa negara enggan menjadikan <i>Pandemic Treaty</i> sebagai instrumen yang mengikat secara hukum karena akan membutuhkan ratifikasi oleh setiap negara, yang mana hal tersebut dapat menjadi rintangan politik yang substansial	Indonesia sebagai negara sponsor reformasi IHR dan penyusunan <i>Pandemic Treaty</i> mendorong: (1) Penyelarasan <i>Pandemic Treaty</i> dengan <i>Financing Facilities</i> di tingkat global untuk mengunci komitmen berkelanjutan pembiayaan ketahanan kesehatan di tingkat nasional; (2) Penyelarasan <i>pandemic treaty</i> dengan rezim hak kekayaan intelektual untuk meredefinisikan teknologi kesehatan sebagai barang publik; (3) Mendorong terbentuknya mekanisme koordinasi formal lintas negara, dari keadaan nir-ancaman hingga kedaruratan kesehatan guna meminimalisir ketimpangan kesiapsiagaan, pencegahan, dan respon pandemi	Ditetapkannya <i>Pandemic Treaty</i> sebagai instrumen yang mengikat secara hukum memungkinkan adanya mekanisme akuntabel dan insentif baru penguatan sistem dan ketahanan kesehatan baik di level negara maupun secara kolektif di tingkat global. Negara di dunia telah memiliki mekanisme baru untuk mencegah, bersiap, dan merespon pandemi di masa mendatang



Diplomasi Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan	Situasi kini	Jangka Menengah	Jangka Panjang
Pemangku kepentingan yang terlibat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pusdatin Kemenkes 2. DTO Kemenkes 3. Ditjen Tenakes Kemenkes 4. Ditjen Aptika Kominfo 5. BPJS Kesehatan 6. Kemendagri 7. Kemenkeu 8. Kemenlu 9. Bappenas 10. Kemenko-PMK 11. Kemendes-PDDT 12. Sekretariat Satu Data Indonesia Bappenas 13. Kemendes PDDT 14. BSSN 15. Pemerintah Daerah 16. Health Tech Company 17. Masyarakat (individual, komunitas, organisasi sipil) – sebagai pengguna layanan yang pendapat dan pemikirannya dihargai dan diakui 18. Sektor swasta 19. SDM dan organisasi profesi SDM 		



Cara pikir komprehensif, mendalam, reflektif dan evaluatif dibutuhkan untuk kembali membangun sistem kesehatan yang tangguh secara berkelanjutan, terutama memasuki tahun ketiga pandemi COVID-19 yang telah mendisrupsi pembangunan nasional juga meluluhlantakkan sistem kesehatan nasional. Reformasi SKN membutuhkan upaya radikal untuk merubah prinsip, proses, pola pikir, dan kebijakan yang selama ini tidak dapat menjadi daya ungkit dengan pendekatan biasa. Prinsip dan nilai hak asasi manusia patut menjadi pendekatan utama kebijakan. Reformasi pada tata kelola, kelembagaan, kebijakan dan pembiayaan, yang termasuk sinkronisasi kebijakan pemerintah pusat-daerah, integrasi layanan dan penguatan kualitas SDM Kesehatan, akan menjadi kunci terutama dalam area prioritas transformasi pembangunan kesehatan di tahun 2023: layanan kesehatan primer, kesehatan digital, dan diplomasi kesehatan global. Kemudian, mekanisme formal partisipasi dan pelibatan secara bermakna berbagai pemangku kepentingan, terutama masyarakat sipil dan kelompok terdampak, di setiap proses kebijakan berperan penting dalam memastikan kebijakan berkelanjutan dan tepat sasaran.

Bab I

2023 sebagai Momentum Transformasi

“Human development is in part about achievements in wellbeing (in health, education, and standards of living), a crucial aspect of people’s capabilities: their ability to be and do what they value and have reason to value”
- Pedro Conceição

Tahun 2023 sebagai momentum transformasi sektor kesehatan adalah sebuah keniscayaan. Ia adalah prasyarat apabila Indonesia dan dunia ingin bergerak menuju pulih. Seth Berkley (2022) menyebutkan pemulihan berkeadilan tidak akan tercapai apabila penguatan sistem kesehatan disertai dengan perluasan akses terhadap layanan kesehatan belum terwujud. Joseph E. Stiglitz (2020) dalam artikel berjudul *Conquering the Great Divide* menyebutkan bahwa kapasitas dan kualitas sistem kesehatan nasional akan menentukan arah pemulihan. Apabila negara tidak mampu mentransformasi sistem kesehatan mereka, maka makin sulit bagi negara tersebut untuk pulih sepenuhnya dikarenakan kerentanan terhadap COVID-19 dan isu ketahanan kesehatan lain yang menjadi faktor disruptif krisis global dua tahun terakhir. Tanpa transformasi sistem kesehatan, tidak ada pembelajaran yang bisa dipetik, ketimpangan antar dan di dalam negara berisiko semakin bertumbuh dikarenakan perbedaan kemampuan individu/kelompok/negara dalam merespon dan membangun kesiapsiagaan atas krisis kesehatan (Stiglitz, 2020).

Urgensi untuk segera mentransformasi sistem kesehatan nasional semakin menguat pasca *United Nation Development Programme* (UNDP) melalui *Human Development Report 2021/2022* mengumumkan untuk pertama kalinya lebih dari 90% negara di dunia alami penurunan capaian Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index* (HDI)) sepanjang periode 2020-2021. Pandemi COVID-19 mengakibatkan terjadinya penurunan capaian HDI Global sebanyak 0,08 point untuk pertama kalinya sejak tahun 1991 (UNDP, 2022). Satu dari tiga dimensi utama HDI yaitu *long and healthy life* yang diukur dengan menggunakan indikator angka harapan hidup (*life expectancy*) mengalami penurunan signifikan dari 92 tahun rata-rata global per 2019-2020, menjadi 72 tahun rata-rata global pada 2020-2021 (UNDP, 2022; Heuveline, 2022).

Untuk mengurai dampak disruptif pandemi terhadap pembangunan manusia, UNDP memperkenalkan konsep *Uncertainty Complex* yang mendorong pentingnya

mempertimbangkan faktor ancaman kesehatan yang mengkombinasikan zoonosis dan anthroponosis (*planetary health*) sebagai faktor disruptif dalam pembangunan manusia (UNDP, 2022). Selain ancaman kesehatan dan perubahan iklim, ketidakstabilan politik dan ancaman perang dunia menjadi faktor kunci yang mempengaruhi ketahanan dan kesehatan global. Sebagai konsekuensinya, penguatan sistem kesehatan menjadi fundamental untuk memastikan terjaminnya kualitas hidup manusia dalam pembangunan di tengah ancaman kesehatan ke depan.

Kebijakan Kesehatan berbasis HAM

Selain penguatan sistem kesehatan, kebijakan kesehatan berbasis hak asasi manusia, menjadi elemen esensial dalam pembangunan kesehatan Indonesia. Berangkat dari prinsip bahwa kesehatan adalah hak bagi semua warga negara Indonesia, maka negara harus dapat menjamin setiap warga negara berhak untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pun telah mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kendati demikian, cetak biru SKN dan reformasinya saat ini masih belum memasukkan penjabaran hak atas kesehatan untuk semua warga negara dan peran serta masyarakat. Dalam memastikan hak akan kesehatan terpenuhi untuk semua warga negara, transformasi SKN perlu mencakup upaya perwujudan layanan yang berpusat pada manusia (*people centered*). Hal tersebut dapat tercapai terutama dengan adanya layanan kesehatan primer yang adekuat dan aksesibel dengan melibatkan masyarakat sipil secara bermakna.

Untuk memastikan pemenuhan hak atas kesehatan, terdapat empat indikator utama (McLaughlin, 2002), yaitu:

- **Ketersediaan (*availability*)** : Tersedianya fasilitas kesehatan dengan kualitas infrastruktur yang memadai
- **Aksesibilitas (*accessibility*)** : Layanan maupun infrastruktur yang mudah diakses
- **Keterjangkauan (*affordability*)**: Layanan kesehatan dapat diakses tanpa tantangan finansial
- **Penerimaan (*acceptability*)**: penerimaan dan perspektif masyarakat akan layanan kesehatan baik

Bagian pertama dari *Health Outlook 2023* menceritakan kilas balik penguatan kapasitas pencegahan, kesiapsiagaan, dan respon pandemi sepanjang tahun 2022, menelisik upaya apa saja yang sudah dilakukan menuju transformasi sistem kesehatan nasional, serta merefleksikannya sebagai pembelajaran untuk 2023. *Health Outlook 2023* juga akan memproyeksikan tantangan determinan kesehatan sepanjang 2023. Selain itu, bagian ini membedah cetak biru transformasi sistem kesehatan nasional 2020-2024 serta mengidentifikasi gap pengangkut strategis dan operasionalnya, mulai dari tahap perencanaan hingga implementasinya.



Merefleksikan Health Outlook 2022: Ada di Skenario Manakah Kita?

Tahun lalu, *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) melalui *Health Outlook 2022* memperkenalkan 3 skenario pengendalian pandemi COVID-19 di Indonesia, di antaranya: (1) **Skenario optimis** “Kita Menang” – sebuah dunia ideal yang diinginkan bisa terjadi karena terjadi perbaikan struktural secara drastis dalam tempo singkat; (2) **Perubahan Sporadis** “*Survival of the Fittest*” – sebuah dunia di mana perbaikan terjadi secara perlahan, dimulai dari daerah yang tingkat vulnerabilitasnya relatif rendah; dan (3) **Skenario Business as Usual** “Tiada Terang Setelah Gelap” – sebuah dunia di mana tidak ada perubahan yang berarti dari kondisi pandemi saat ini dan respon Pemerintah atasnya (CISDI, 2022).

Berdasarkan pembacaan dan evaluasi yang dilakukan oleh CISDI terhadap upaya penanggulangan COVID-19 selama setahun terakhir, saat ini Indonesia berada pada skenario kedua, yakni **perubahan sporadis atau survival of the fittest** yang dicirikan dengan penguatan kapasitas kesiapsiagaan dan respon pandemi yang masih timpang antar daerah, serta kombinasi kebijakan yang belum berorientasi pada penurunan risiko kerentanan kelompok rentan akibat COVID-19.

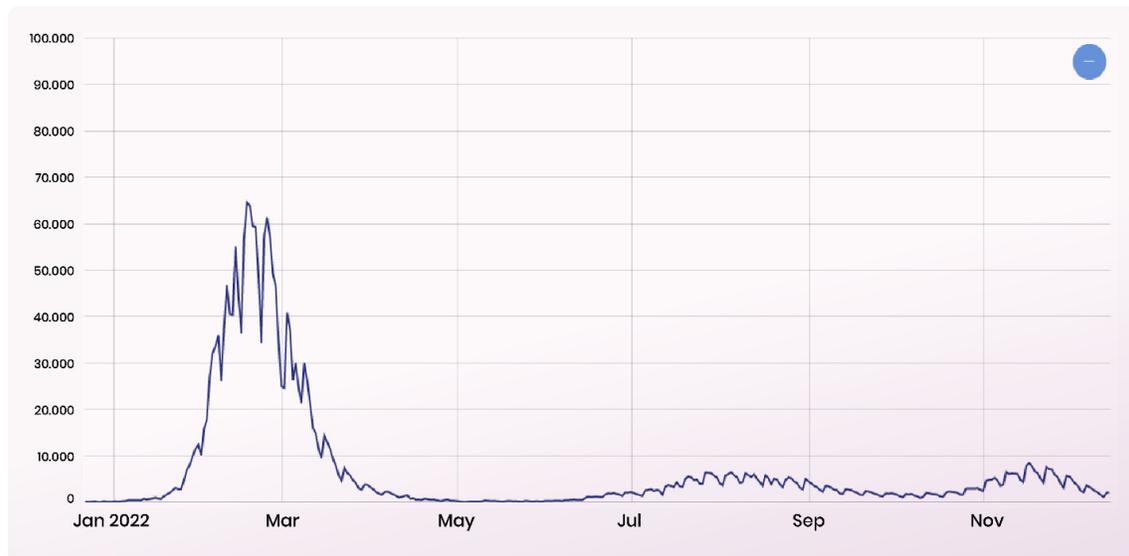
Terjadi perbaikan dalam beberapa aspek, seperti **mulai terbangunnya komitmen pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kepemimpinan dalam kerangka kerjasama kesehatan di tingkat global dan regional**. Melalui Presidensi G20, Indonesia melanjutkan agenda prioritas penguatan arsitektur kesehatan global yang sebelumnya digaungkan oleh Presidensi Italia. Kepemimpinan Indonesia melalui G20 menghasilkan sejumlah instrumen penting untuk arsitektur kesehatan global, di antaranya: (1) Peluncuran Pandemic Fund disertai dengan terpilihnya Chatib Basri selaku co-chair dewan pengurusnya; (2) Sekretariat bersama JFHTF; (3) Tercapainya kesepakatan bersama antara Indonesia, Afrika Selatan, Argentina, Brazil, dan India untuk mendirikan multi-regional *Vaccines, Therapeutics, Diagnostic Tools Research and Manufacturing Hub* yang nantinya akan menjadi platform penyedia suplai produk teknologi kesehatan bagi negara selatan. Di luar Presidensi G20, Kepemimpinan Indonesia terkait kesehatan global juga ditunjukkan dengan keterlibatan Indonesia dalam platform multilateral kesehatan lainnya. Untuk pertama kalinya Indonesia menjadi kontributor Global Fund dengan nilai kontribusi sebesar US\$ 15 M. Selain itu, terpilihnya Dr. Rizka Andalusia selaku Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan disertai dengan nilai kontribusi sebesar US\$ 5 M di dalamnya mempertegas posisi Indonesia di dalam *platform* kerja sama tersebut. Di luar CEPI dan Global Fund, Indonesia masih menunjukkan presensinya di dalam COVAX dengan kembali terpilihnya Menteri Luar Negeri Retno Marsudi selaku co-chair COVAX.

Di tingkat nasional juga terdapat beberapa inovasi untuk sistem informasi kesehatan dan layanan kesehatan primer yang patut diapresiasi. Kasus COVID-19 sepanjang tahun 2022 pun nampak relatif terkendali dalam hal keterisian tempat tidur, tingkat keparahan, dan angka kematian, dengan catatan beberapa daerah di luar Jawa khususnya memiliki capaian respon COVID-19 yang masih jauh tertinggal.



Sepanjang 2022, Indonesia mengalami 3 gelombang kenaikan kasus COVID-19 dengan jumlah kasus tertinggi terjadi di kuartal pertama (*Gambar 1*). Pada saat omicron mulai memasuki Indonesia di awal tahun, kasus baru COVID-19 meningkat tajam sejak pertengahan Januari hingga awal April dengan puncak jumlah penambahan kasus baru terjadi pada tanggal 16 Februari 2022 dengan total 64.716 kasus dan 23 Februari 2022 dengan 61.488 kasus. Selanjutnya di bulan Mei hingga Juni 2022, penambahan kasus baru tidak ada yang terjadi di atas 1.000 kasus dengan kasus terendah pada bulan Mei dengan 107 kasus.

Namun sejak Juni hingga Desember 2022, kasus baru tercatat fluktuatif dengan puncak kasus pada bulan Juni dengan 6.483 kasus baru dan November dengan 8.486 kasus baru. Hingga 15 Desember 2022, kasus kumulatif COVID-19 di Indonesia tercatat sebanyak 6,7 juta kasus dengan 160.335 kematian. Apabila dibandingkan dengan tren kasus gelombang varian delta, puncak kasus gelombang Omicron catatkan jumlah kasus harian yang lebih tinggi yakni 65.000 kasus. Akan tetapi, indikator lainnya seperti angka kematian, ketersediaan tempat tidur, dan *positivity rate* catatkan angka yang lebih rendah



Gambar 1. Tren kasus baru COVID-19 sepanjang tahun 2022
(Sumber : Dashboard COVID-19 Kementerian Kesehatan)

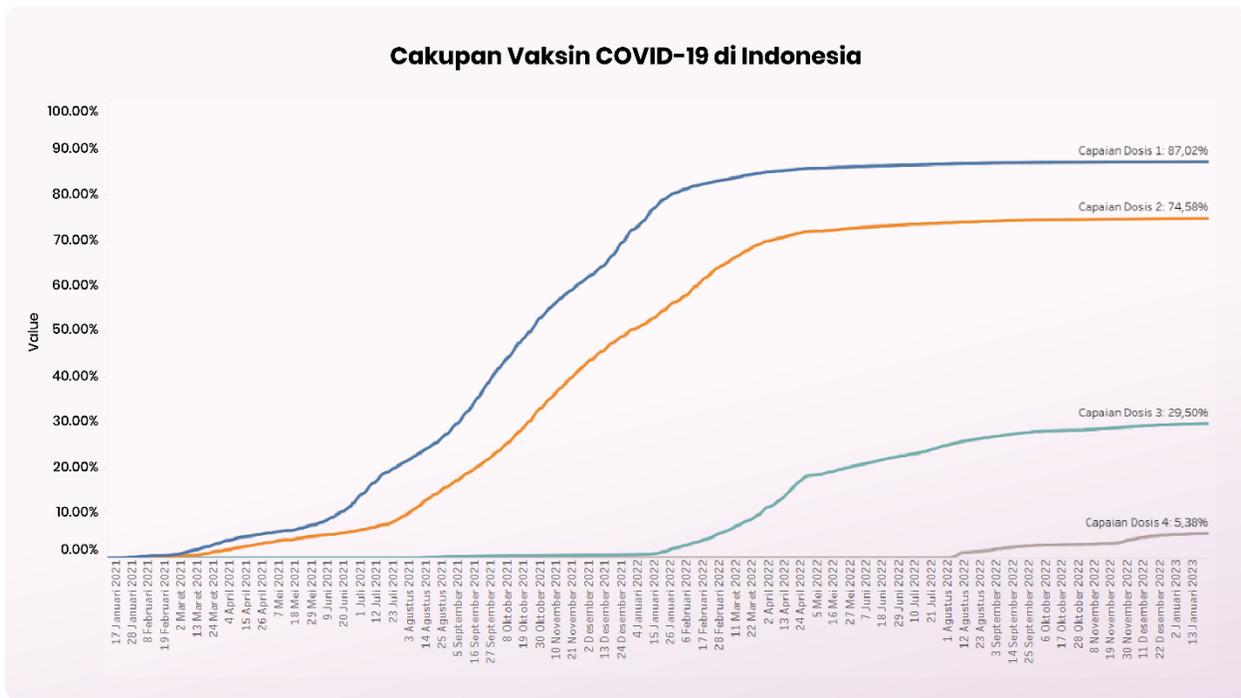


Tabel 1. Perbandingan puncak kasus varian Delta dengan puncak kasus varian Omicron

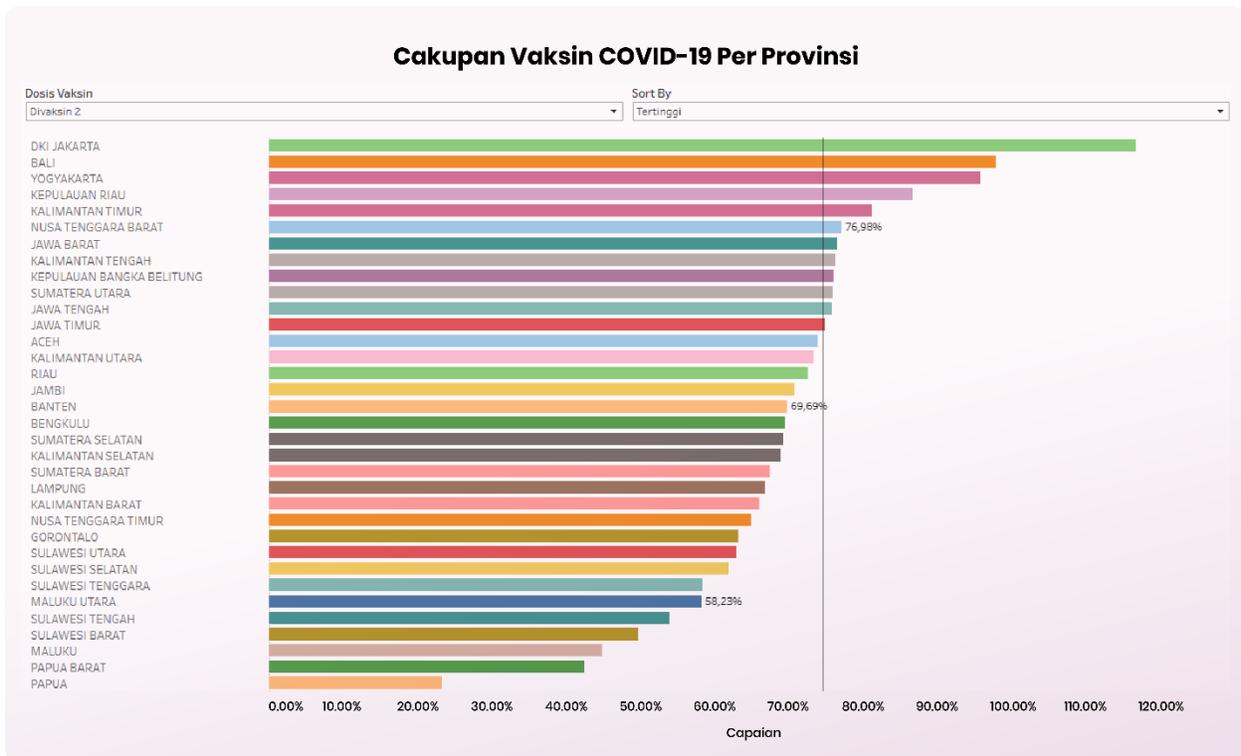
	Delta	Omicron
Jumlah Kasus Harian	56.000	64.716
Positivity rate	50%	16,68%
Angka Kematian	2500	134
Keterisian tempat tidur	90%	33,41%

(Sumber : Dashboard COVID-19 Kementerian Kesehatan)

Capaian vaksinasi COVID-19 pun menunjukkan peningkatan yang signifikan dari bulan Januari hingga April baik untuk dosis primer maupun booster, di mana capaian dosis primer per Januari 2023 sudah mencapai lebih dari 70% secara nasional. Namun, peningkatan ini mulai stagnan sejak bulan April hingga Desember 2022. Dengan sasaran vaksin sebesar 234,6 juta penduduk, capaian vaksinasi COVID-19 dosis pertama telah terdistribusi sebanyak 87,02%, dosis kedua 74,58%, dosis ketiga 29,50%, dan dosis keempat untuk tenaga kesehatan sebesar 5,38% (Kemenkes, 2022). Sementara itu, sejak dimulai pada Agustus 2022, capaian vaksinasi dosis keempat pada kelompok tenaga kesehatan telah mencapai 55,34% sementara untuk kelompok lansia baru mencapai 1,71% saja (Kemenkes, 2022). Meski secara persentase total penduduk yang mendapatkan vaksinasi dosis primer sudah melebihi target 70%, namun per bulan Januari 2023 masih ada 18 provinsi yang masih memiliki capaian vaksinasi dosis primer di bawah target 75%, bahkan wilayah seperti Papua, Papua Barat, Maluku, dan Sulawesi Barat masih memiliki capaian dosis primer dibawah 50%.



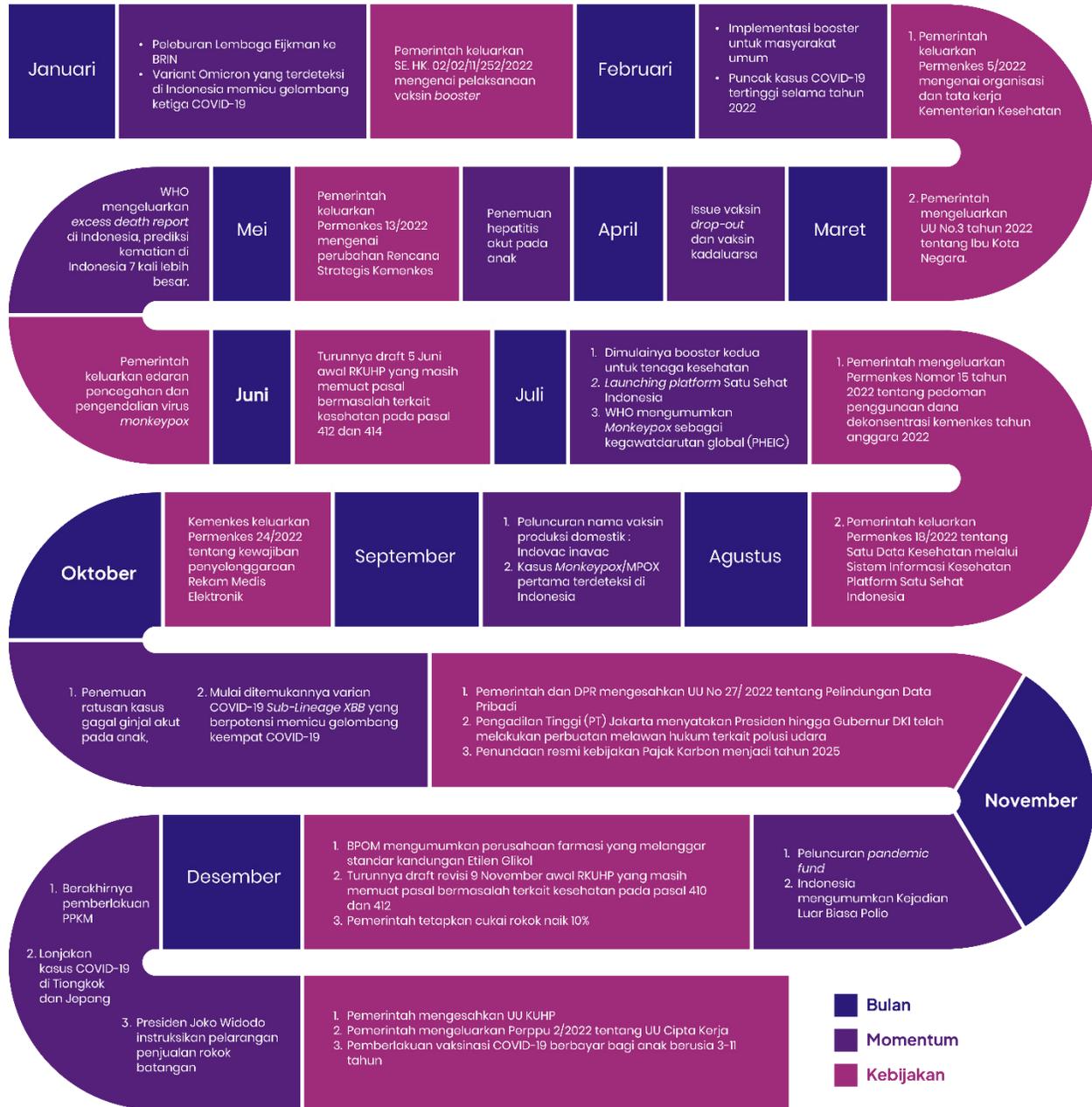
Gambar 2. Tren total capaian dosis primer COVID-19 sepanjang tahun 2022
(Sumber : Dashboard COVID-19, Kementerian Kesehatan)



Gambar 3. Tren total capaian dosis primer COVID-19 per provinsi sepanjang tahun 2022
(Sumber : Dashboard COVID-19)



CISDI merangkum daftar kejadian dan kebijakan penting terkait kesehatan di tahun 2022 dalam kaleidoskop berikut:



Tabel 2. Kaleidoskop Kejadian dan Kebijakan Kesehatan 2022

Pandemi COVID-19 yang perlahan mulai terkendali di tahun 2022, membuat pemerintah seharusnya memiliki ruang cukup besar untuk menata kembali sistem kesehatan yang lebih kuat. Namun, CISDI miliki beberapa catatan spesifik mengenai

penanganan pandemi serta dinamika pembuatan kebijakan kesehatan sepanjang tahun 2022.

Tahun 2022 dipenuhi dengan banyak kejutan kebijakan maupun temuan kasus kesehatan. Pada awal tahun, Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) dibentuk dan menandai perubahan ekosistem riset kesehatan Indonesia. Penemuan kasus hepatitis akut pada anak terjadi di bulan April yang diduga sebagai koinfeksi dari COVID-19. Kemudian pada bulan Juli 2022 WHO mengumumkan Monkeypox sebagai kegawatdaruratan kesehatan global dan di bulan Agustus kasus pertama ditemukan di Indonesia. Di bulan Oktober 2022, ratusan kasus gagal ginjal akut ditemukan pada anak. Bulan November, diluncurkannya Pandemic Fund sebagai hasil dari Presidensi Indonesia untuk G20. Di bulan yang sama Indonesia juga mengumumkan munculnya kejadian luar biasa kasus Polio setelah dinyatakan bebas polio sejak tahun 2014. Akhir Desember 2022, Pemerintah Pusat mencabut Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) melalui Inmendagri No. 53 Tahun 2022 mengenai Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 pada Transisi menuju Endemi (Menteri Dalam Negeri, 2022).

Luhut Binsar Pandjaitan, Menteri Koordinator Bidang Kemaritiman dan Investasi, selaku Kepala Koordinator PPKM menjelaskan keputusan untuk menghentikan PPKM didasarkan pada dua aspek: (1) Hasil riset seroprevalensi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan bersama Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia tunjukkan 98,5% masyarakat sudah memiliki antibodi; serta (2) capaian vaksinasi nasional yang moderat berikan perlindungan lebih kepada masyarakat disertai dengan ketersediaan akses obat, oksigen, fasilitas Rumah Sakit (RS) yang sudah jauh lebih baik. Sayangnya, penghentian PPKM oleh Pemerintah Pusat belum disertai dengan perumusan aturan mengenai kekarantinaan kesehatan yang baru, meski Inmendagri tersebut juga memuat aturan apabila lonjakan kasus kembali terjadi maka PPKM akan kembali diberlakukan. Setelah hampir tiga tahun di masa pandemi pun, langkah yang diambil pemerintah di penghujung tahun 2022 masih bersifat responsif dan *ad hoc*. Padahal memformalkan siapa saja sektor yang terlibat, alur koordinasi, serta pendekatan berbasis pencegahan dan kesiapsiagaan diperlukan untuk meningkatkan kapasitas ketahanan kesehatan ke depan.

Lemahnya kapasitas institusi dan birokrasi nasional tidak memungkinkan untuk dengan utuh membangun kembali sistem kesehatan nasional yang tangguh dengan *outlook* kesiapsiagaan pandemi; sambil tetap memperkuat semua upaya penguatan sistem kesehatan dalam konteks respon pandemi. Sepanjang tahun 2021-2022, terlihat Indonesia masih cukup nyaman dengan pendekatan *ad hoc*. Pendekatan ini berdampak pada pada kaburnya garis batas orkestrasi peran



berbagai Kementerian/Lembaga yang harus memimpin respon pandemi; termarginalkannya peran Kementerian Kesehatan dari kendali strategis penanggulangan serta penguatan kesiapsiagaan dan respon pandemi saat ini dan di masa mendatang; hingga menguatnya “figur sentris” yang berisiko membuat upaya penguatan sistem kesehatan tidak berkelanjutan (CISDI, 2022). Pelibatan masyarakat sipil yang memiliki kontribusi signifikan dalam penanganan pandemi dalam 2 tahun terakhir masih sangat minim. Selain itu, pemerintah pusat belum secara optimal berkoordinasi dengan pemerintah daerah yang memiliki tupoksi sebagai pembuat kebijakan sekaligus implementator di tingkat subnasional. Apa yang dicanangkan di tingkat nasional, seringkali tidak tertangkap atau tidak dipedulikan oleh pemerintah daerah. Hal ini memiliki dua kemungkinan, pertama, sosialisasi dan turunan peraturan hingga ke level operasional daerah belum dilakukan secara optimal. Kedua, pemerintah daerah belum siap untuk memberlakukan kebijakan nasional karena masih berusaha untuk memenuhi kebutuhan dasar daerahnya; ketiga, kebijakan nasional tidak sesuai dengan kebutuhan daerah.

Di tingkat regulasi, per 29 September 2022, Badan Legislasi (Baleg) DPR RI umumkan masuknya Rancangan Undang-Undang (RUU) Omnibus Kesehatan ke dalam proyek legislasi nasional 2023. Sebuah sinyal transformasi sistemik yang baik, namun perlu dikawal perencanaan hingga pengesahannya nanti. RUU Omnibus Law Kesehatan akan merevisi dan mengharmonisasikan 14 aturan bidang kesehatan, mulai dari pendidikan, keprofesian, sistem jaminan sosial nasional, hingga penanganan wabah dan kekarantinaan kesehatan (Dongoran, 2023). Omnibus Law Kesehatan dapat menjadi peluang birokrasi yang lebih efisien dan kolaboratif, namun di sisi lain ini dapat menjadi bencana bila malah memperburuk tumpang tindih birokrasi akibat proses penyusunan yang tidak inklusif, partisipatif dan transparan.

Lemahnya sistem surveilans menjadi indikator rapuhnya sistem kesehatan nasional di Indonesia. Terdeteksinya kasus Monkeypox di Indonesia pada bulan Agustus 2022 diduga sangat terlambat, mengingat sudah masuknya kasus tersebut di negara tetangga, seperti Singapura dan Thailand, di bulan Juni dan Juli 2022 (Yong, 2022). Hingga kini tidak ditemukan data terbaru yang dapat diakses publik mengenai kasus cacar monyet di Indonesia. Data terakhir per 28 September 2022, Kementerian Kesehatan merilis akumulasi dugaan kasus cacar monyet tercatat sekitar 75 kasus, yaitu 1 kasus konfirmasi, 1 kasus suspek, dan 73 kasus *discarded*. Selain yang bersifat infeksius, kuat atau tidak sistem surveilans dapat dilihat dari pengawasan terhadap kejadian luar biasa dalam kasus-kasus non infeksius. Menguaknya 323 kasus gagal ginjal akut pada anak dan menyebabkan 190 nyawa anak melayang menunjukkan lemahnya sistem pengawasan kandungan obat yang beredar di Indonesia (Marici,



2022). Amat disayangkan bahwa, belum ada perbaikan sistem surveilans yang signifikan sejak pandemi COVID-19 merebak 3 tahun lalu.

Ketimpangan tata kelola distribusi dan akses ke vaksin dan vaksinasi di Indonesia.

Berdasarkan pemantauan CISDI dalam 12 bulan terakhir, terlihat bahwa capaian vaksinasi COVID-19 antar daerah masih sangat timpang. Dengan pendekatan yang serupa dengan tahun sebelumnya, data per Januari 2023 menunjukkan Pemerintah hanya mampu menjangkau 16 provinsi untuk mengejar target vaksinasi COVID-19 dosis primer 70%. Sebanyak 18 provinsi lainnya tercatat masih memiliki capaian di bawah 70%. Bahkan kawasan Indonesia Timur seperti Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, dan Maluku capaian vaksinasi dosis primernya masih di bawah 50%.

Dalam konteks otonomi daerah, Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) yang menjadi pedoman pembagian urusan pembangunan (termasuk kesehatan) antara pemerintah pusat, daerah provinsi, serta daerah kabupaten kota yang merujuk pada Permenkes 10/2021 belum diperbaharui dan kaku. Padahal NSPK berperan penting untuk mencegah tumpang tindih kewenangan dan kegiatan serta memperjelas hak dan kewajiban daerah terkait desentralisasi kesehatan (Suwandi, 2020). Akibat proses yang masih sangat sentralistik, peran Pemerintah Daerah dalam proses perencanaan distribusi vaksin agar representatif dengan kebutuhan faskes di daerah menjadi sangat terbatas. Situasi ini acapkali menjadi pemicu *vaccine dropout* di sejumlah daerah akibat ketidakcocokan jenis vaksin yang diterima dengan ekspektasi yang dimiliki publik.

Lemahnya komitmen politik, anggaran dan teknis sistem kesehatan komprehensif dalam penguatan layanan kesehatan primer di Indonesia.

Selama hampir tiga tahun pandemi, pelayanan kesehatan esensial seperti kesehatan ibu dan anak, gizi masyarakat dan pengendalian penyakit terdisrupsi. Rendahnya cakupan imunisasi akibat jumlah kunjungan layanan kesehatan yang menurun selama pandemi juga telah menyebabkan munculnya kembali beberapa penyakit, seperti Polio dan masih berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) lainnya di masa depan. Penguatan layanan kesehatan primer sebagai komponen utama penguatan ketahanan sistem kesehatan nasional adalah keharusan. Tuntutan masyarakat atas tersedianya layanan kesehatan berkualitas juga terus meningkat, sesuai dengan perkembangan sistem kesehatan yang berpusat pada kebutuhan perorangan (*people-centered*). Namun di sisi lain, permasalahan terkait layanan kesehatan primer yang terfragmentasi masih terus terjadi. Misal, sistem rujukan yang tidak berjalan, rendahnya jejaring eksternal layanan primer ke layanan rujukan dan laboratorium, maupun fragmentasi layanan di fasilitas yang dimiliki pemerintah dengan swasta



(CISDI, 2022). Pencanaan program transformasi layanan kesehatan primer masih berjalan sebatas paparan dan rancangan di atas kertas. Fokus anggaran dan kebijakan belum juga menampakkan prioritas untuk layanan kesehatan primer. Definisi transformasi masih berkuat pada pendekatan program per program, dibanding transformasi sistem yang menyeluruh.

Hal tersebut berdampak pada belum tercapainya standar pelayanan minimal di Indonesia. Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan menjadi indikator standar layanan penting bagi daerah untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas untuk masyarakat. SPM kesehatan menjadi ukuran yang digunakan untuk menilai kinerja pemerintah daerah dalam aspek pembangunan kesehatan. Indikator SPM dapat menunjukkan bagaimana proses layanan dilakukan karena mencakup indikator kuantitas dan kualitas suatu layanan kesehatan. Secara keseluruhan di tahun 2021 belum terdapat indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang berhasil mencapai 100% di wilayah Barat, Tengah, maupun Timur Indonesia. Meskipun bila diteliti secara terpisah di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas, terdapat beberapa indikator yang berhasil tercapai 100%, seperti indikator layanan kesehatan ibu, anak, dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Secara umum, wilayah Indonesia Timur memiliki capaian terendah dibanding wilayah Barat dan Tengah.



Gambar 4. Perbandingan Rerata Capaian SPM Kesehatan Kabupaten/Kota per Wilayah Indonesia Barat, Tengah, dan Timur 2021 (Sumber: Pelaporan SPM bidang Kesehatan, Kemendagri, 2021)

Pada rerata nasional, secara umum capaian tertinggi terdapat pada layanan kesehatan untuk bayi baru lahir, ibu hamil, dan ibu bersalin. Sedangkan SPM dengan capaian terendah merupakan layanan kesehatan untuk penderita hipertensi, usia produktif, dan orang terduga tuberkulosis. Permasalahan dan kendala SPM di daerah terjadi terutama pada pengumpulan data, penghitungan kebutuhan, penyusunan rencana, dan pelaksanaan pemenuhan layanan (Kemendagri, 2021). Selain itu, ketimpangan pencapaian diperparah dengan buruknya infrastruktur dasar, akses serta sarana dan prasarana fasilitas kesehatan.

Semua konteks kebijakan pada tahun 2022 inilah yang menjadi dasar bagi tim peneliti

untuk melakukan kajian, agar pembangunan sektor kesehatan pada tahun 2023 dapat membawa dampak positif yang diharapkan. Pada bab-bab selanjutnya, kajian ini akan memberikan penjelasan mengenai tantangan sektor kesehatan, rekomendasi prioritas transformasi maupun implementasinya.



Bab II

Metodologi Kajian

*"Time is the scarcest resource and unless it is managed,
nothing else can be managed"*
-Peter Drucker-

Transformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah digaungkan semenjak tahun 2020 dan menjadi agenda *major project* dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024. Transformasi SKN diperlukan sebagai prasyarat penguatan ketahanan kesehatan, yang mana bagi CISDI dapat mewujudkan perubahan yang transformatif dan berkelanjutan. Transformasi SKN juga merupakan perwujudan komitmen negara untuk memenuhi tanggung jawab menghormati, melindungi, dan memenuhi kesehatan semua warga negaranya. Seperti yang telah disebutkan pada konstitusi negara, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan juga konstitusi World Health Organization, CISDI kembali mengingatkan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia (HAM) dan setiap individu berhak mencapai standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai tanpa terkecuali. Adapun, Pemerintah Pusat telah mengagendakan transformasi sistem kesehatan nasional sebagai satu dari rangkaian prioritas pembangunan 2023 sebagaimana yang tercantum dalam Perpres 108/2022.

Akan tetapi, tantangan multidimensional telah menanti untuk pembangunan kesehatan di tahun 2023. Akankah 2023 menjadi momentum transformasi? Akankah 2023 kembali menjadi jargon politik saja? Akankah transformasi berdasarkan asas kesehatan sebagai HAM? Apakah transformasi ini berhasil menyetarakan pembangunan kesehatan Indonesia atau justru malah menyebabkan ketimpangan lebih jauh?

Metodologi Kajian

Menjawab potensi tantangan kesehatan pada tahun 2023 dan merumuskan peta kebijakan yang secara tepat mampu memetakan variasi implementasinya, jelas membutuhkan kerangka logika yang terstruktur dengan baik. Karenanya, tim peneliti memutuskan untuk menggunakan pendekatan *Policy Roadmapping*⁵ dalam kajian ini, yaitu pendekatan dalam analisis kebijakan publik yang membantu pembuat kebijakan melakukan perencanaan jangka panjang. Mengkombinasikan pemindaian cakrawala dan evaluasi kebijakan dalam kerangka

⁵ Pendekatan ini mendekonstruksi model pembuatan kebijakan yang selama ini bersifat *top down* dan sentralistik pada aktor kebijakan tertentu. Selain itu, *Policy Roadmapping* menanggalkan proses pembentukan kebijakan bersifat linear, menggantikannya dengan model pembelajaran *cyclical*. Pendekatan ini utamanya digunakan untuk menentukan arah serta opsi kebijakan dalam periode jangka pendek.



waktu spesifik, instrumen ini dapat membantu pembuat kebijakan mendesain kebijakan yang antisipatif terhadap perubahan-perubahan. Setidaknya terdapat dua level analisis dalam pengimplementasian *policy roadmapping*. Pertama, pengungkit strategis yang terdiri dari *drivers* (tantangan atau masalah) yang menjadi latar belakang pelaksanaan *policy roadmapping*; *Policies* berisikan kebijakan, regulasi, dan sikap aktor dalam sebuah isu kebijakan; serta *sectoral development* berisikan faktor-faktor disruptif pembuatan kebijakan dan solusinya. Kedua, pengungkit operasional yang berisikan solusi atau intervensi yang harus dilakukan pada level *enablers* kebijakan (Ahlqvist, 2012).

Dalam konteks Health Outlook 2023, tim CISDI akan menggunakan *Hybrid oriented policy roadmapping* berfokus untuk merefleksikan status quo kebijakan kesehatan di Indonesia disertai dengan penyusunan langkah-langkah strategis yang dapat diampu oleh semua *stakeholder* kesehatan untuk mencapai tujuan jangka panjang transformasi kesehatan sepanjang tahun 2023. Dalam prosesnya, *Policy Roadmapping* dilakukan secara partisipatif melalui lokakarya yang sistematis, mencakup beberapa pemangku kepentingan, iterasi, dan umpan balik melalui proses *In-Depth Interview* (IDI), *Focus Group Discussion* (FGD) pada semua *stakeholder* terkait.

Tahapan Policy Roadmapping

Langkah	Tujuan
Step 1. <i>Scoping</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mengidentifikasi permasalahan serta tantangan awal sistem kesehatan nasional melalui proses kajian literatur dan analisis kebijakan ● Mengaitkan misi di dalam dokumen
Step 2. <i>Baseline</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Meninjau kembali bukti ilmiah (<i>evidence based</i>) yang ada pada masalah yang dipilih. ● Identifikasi akar masalah dan mengkategorikan inovasi yang ada dan yang muncul untuk setiap misi, ● <i>Policy Roadmapping</i>: Mengidentifikasi dan mengkategorikan bauran kebijakan saat ini dan inisiatif kunci non-pemerintah yang relevan dengan misi
Step 3. <i>Vision and goals</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proses pembuatan kebijakan kolaboratif melalui penciptaan visi bersama ● Menyetujui tujuan utama, target, dan waktu untuk mencapai misi yang telah disepakati ● Menyetujui tujuan sementara dari proses pemetaan prioritas langkah dalam <i>roadmap</i>
Step 4. <i>Policy roadmap</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Jelajahi instrumen kebijakan utama dan portofolio kebijakan untuk memberikan dukungan langsung dan tidak langsung terhadap inovasi yang dipilih. ● Merancang bersama peta jalan kebijakan jangka panjang dengan tujuan, target, dan timeline (termasuk urutan instrumen) yang dipimpin oleh aktor publik dan swasta dalam jangka pendek, menengah dan panjang. ● Tetapkan tindakan jangka pendek dan menengah kepada pemangku kepentingan, terutama pada proyek eksperimen dan demonstrasi untuk misi tersebut. ● Menyetujui indikator untuk pemantauan dan evaluasi <i>roadmap</i>. ● Menyiapkan rencana aksi kebijakan jangka pendek yang memperkenalkan tata kelola dan proses implementasi peta jalan.

Bab III

Tantangan Pembangunan Kesehatan 2023

*"You can achieve great economic gains
by solving social problems."*

-Paul Tudor Jones-

Berangkat dari catatan utama kami soal pembangunan kesehatan di tahun 2022 dan dengan melakukan *scoping* sesuai metodologi kajian, kami memproyeksikan sejumlah faktor yang berpotensi menjadi tantangan untuk memastikan tahun 2023 menjadi landasan sukses untuk momentum transformasi kesehatan. Tantangan-tantangan tersebut adalah: (1) Keamanan dan ketahanan kesehatan; (2) Tata Kelola Pemerintahan dan potensi perlambatan di tahun politik; serta (3) Politik anggaran dan perlambatan ekonomi. Ketiga tantangan ini harus mendapat perhatian lebih dari pemangku kepentingan pembangunan kesehatan di tahun 2023.

Tantangan Kesehatan I: Keamanan dan Ketahanan Kesehatan

Ancaman Penyakit Pasca COVID-19

Dalam konteks penyakit menular yang dideklarasikan mengakibatkan kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia (PHEIC), secara global kita dihadapkan tidak hanya pada COVID-19 (2019), melainkan juga MPOX (2022), Polio (2018), Ebola (2019 dan 2022), Zika (2016), dan H1N1 Influenza (2009) (WHO, 2022). Sementara itu, Indonesia tengah mengalami beban kesehatan ganda, penyakit menular dan penyakit tidak menular, dan akan sulit terhindar dari berbagai ancaman dan tantangan kesehatan lainnya.

Semenjak awal 2020, COVID-19 telah melemahkan ketahanan kesehatan dunia yang juga mengakibatkan hingga 160 ribu korban jiwa di Indonesia. Tahun ini, MPOX⁶ menjadi pandemi baru yang muncul di 102 negara non endemik, termasuk salah satunya Indonesia dengan 1 kasus yang muncul pada bulan Agustus 2022 (WHO, 2022; CDC, 2022). Per 19 Desember 2022, jumlah kasus MPOX berjumlah 82.999 kasus yang tersebar di 110 negara dengan 66 kematian di 16 negara (CDC, 2022).

⁶ MPOX adalah penyakit yang disebabkan oleh virus MPOX. sebelumnya dikenal sebagai Monkeypox, genus *Orthopoxvirus* yang bisa menyebar manusia ke manusia dengan gejala seperti flu, demam, ruam dan luka, hingga pembengkakan kelenjar getah bening (CDPH, 2022)

Tidak hanya MPOX, beberapa penyakit menular lain yang masih menjadi epidemi di berbagai negara seperti TB, HIV, dan Malaria bahkan meningkat karena terdisrupsi layanan akibat COVID-19 di sejumlah negara (WHO, 2022). Sebagai contoh, pandemi COVID-19 menyebabkan penambahan kasus TBC, dimana Indonesia menjadi negara kontributor kasus baru terbesar kedua dengan persentase kasus TB (9,2%) bersamaan dengan India dan Filipina mendominasi hingga 67% kasus global. Angka insiden TB juga mengalami peningkatan dari 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020 menjadi 354 per 100.000 penduduk pada tahun 2021. Selain itu, Indonesia juga mengalami peningkatan pada kasus baru dalam resistensi obat sebesar 10 dari 100.000 populasi, dengan estimasi cakupan pengobatan hanya sebesar 45% (WHO, 2022, TB Country Report, 2022).

Di sisi lain, mulai bermunculan lagi epidemi penyakit lain seperti Polio tipe 2 di UK dan USA dari bulan Juli hingga Oktober 2022 (WHO, 2022; Klapsa et al, 2022; NJ Health, 2022). Pada bulan November 2022, polio tipe 2 kembali menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di Indonesia. Padahal per tahun 2014, polio telah dinyatakan tereradikasi di Indonesia. KLB tersebut disinyalir sebagai akibat dari turunnya capaian vaksinasi polio secara drastis di sejumlah daerah sejak pandemi (Kemenkes, 2022). Di waktu yang bersamaan, muncul KLB Ebola di Uganda yang menjadi perhatian dunia. Sejauh ini, Ebola masih menjadi endemik di benua Afrika. Meski sempat ditemukan kasus infeksi ebola di beberapa negara di luar Afrika, namun di beberapa negara dengan ekonomi lebih baik cenderung cepat mengatasi ebola cepat, terutama di negara dengan kapasitas surveilans penyakit menular yang memadai, seperti Inggris dan USA. Kendati demikian, virus Ebola masih menjadi perhatian dunia karena kemampuan virus yang masih bisa bermutasi dan memungkinkan untuk menyebar antar manusia dan menjadikannya sebagai salah satu ancaman pandemi selanjutnya (GAVI, 2022). Untuk memberikan gambaran lengkapnya, tim CISDI telah menyusun kategori penyakit yang harus menjadi perhatian pemerintah, serta statusnya di tingkat global dan nasional (annex 1).

Indonesia juga masih menghadapi tantangan terkait kesehatan ibu dan anak terutama pasca pandemi. Angka kematian ibu masih belum mencapai target RPJMN 2024 yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup dari angka 305 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015 (Kemenkes, 2022). Selama pandemi COVID-19, kelompok ibu hamil juga memiliki risiko yang lebih besar mengalami gejala dan dampak COVID-19 yang lebih parah (Sarwal, 2021). Jumlah kematian ibu berdasarkan profil kesehatan pada tahun 2021 menunjukkan 7389 kematian dengan peningkatan sebesar 4627 kasus dibanding tahun 2020, dengan COVID-19 menjadi penyebab terbesar kematian ibu dengan total 2982 kasus. Selain itu, prevalensi stunting di Indonesia per tahun 2021 masih sebesar 24.4%, jauh dari target capaian 14% di tahun 2024 (Kemenkes, 2022).

Selain penyakit menular dan permasalahan kesehatan ibu dan anak, perubahan demografis penduduk di Indonesia dan peningkatan angka harapan hidup berkontribusi pada meningkatnya prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) di Indonesia. Berdasarkan tinjauan data *Global Burden of Disease* tahun 2019, penyakit diabetes, stroke dan penyakit jantung telah menyumbang beban *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) dan menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia (GBD 2019 Indonesia Collaborators, 2019). Di sisi lain, penderita penyakit

tidak menular cenderung lebih rentan untuk memiliki komplikasi, keparahan dan fatalitas ketika terinfeksi penyakit menular.

Kapasitas respon pandemi di Indonesia

Laporan *Joint External Evaluation (JEE)* oleh tim eksternal WHO pada tahun 2017 untuk menilai kapasitas inti Indonesia dalam mencegah, mendeteksi dan merespon ancaman kesehatan masyarakat sesuai dengan *International Health Regulation (IHR)* menunjukkan secara total dan di atas kertas, Indonesia memiliki skor sebesar 63% pemenuhan kapasitas respon ancaman kesehatan masyarakat. Secara spesifik, penilaian tersebut menunjukkan keterbatasan sistem kesehatan Indonesia dalam hal: (1) Deteksi dan surveilans resistensi antibiotik, (2) Mekanisme dalam respon dan deteksi penyakit zoonosis, (3) Kualitas sistem integrasi data dalam laboratorium, (4) Kesiapan menghadapi pandemi dengan prioritas permasalahan kesehatan masyarakat, dan (5) Perencanaan dan operasi tanggap darurat (WHO, 2017).

Tabel 3. Evaluasi Kapasitas Respon Pandemi Indonesia

JEE 2017	Intra Action Review 2022	Buku Putih Bappenas 2022
<p>Perlunya peningkatan dalam hal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deteksi dan surveilans resistensi antibiotik 2. Mekanisme dalam respon dan deteksi penyakit zoonosis 3. Kualitas sistem integrasi data dalam laboratorium 4. Kesiapan menghadapi pandemi dengan prioritas permasalahan kesehatan masyarakat 5. Perencanaan dan operasi tanggap darurat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlunya pembuatan monitoring indikator perencanaan operasi dan respon pandemi di tingkat provinsi 2. Perlu peningkatan kapasitas analisis transparansi data 3. Koordinasi antara pusat dan provinsi untuk evaluasi IAR dengan spesifikasi Surveilans 4. Memperkuat kolaborasi dalam meningkatkan performa platform telemedicine 5. Meningkatkan analisa virologi dan epidemiologi secara komprehensif melalui pemeriksaan <i>Whole Genome Sequencing (WGS)</i> dari sentinel ILI/SARI 6. Meningkatkan pemberdayaan komunitas dan komunikasi risiko 7. Memastikan ketersediaan SDM puskesmas dan kompetensi untuk layanan esensial 8. Monitoring penjangkauan vaksinasi dan masa expired vaksin 	<p>Lemahnya kapasitas ketahanan kesehatan dan pengendalian penyakit di Indonesia dalam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang handalnya sistem surveilans 2. Rendahnya kapasitas <i>testing</i> dan <i>tracing</i> 3. Rendahnya kapasitas SDM; 4. Terbatasnya jejaring laboratorium; serta 5. Lemahnya koordinasi lintas sektor untuk dalam mencegah, mendeteksi, dan menanggapi keadaan darurat kesehatan masyarakat

Menurut Laporan Monitoring Tindak Lanjut *Intra Action Review (IAR)* oleh Kemenkes (2022), Indonesia perlu melakukan monitoring dan perencanaan operasi respon pandemi yang lebih komprehensif khususnya di tingkat daerah. Selain itu, sebagai upaya respon pandemi, perlu dilakukan peningkatan kapasitas dalam analisis data secara transparan. Dalam dokumen ini, IAR memberikan rekomendasi terkait penguatan koordinasi antara pusat dan provinsi dalam



kegiatan surveilans termasuk analisa virologi dan epidemiologi secara komprehensif melalui pemeriksaan *Whole Genome Sequencing* (WGS) melalui sentinel ILI/SARI. IAR juga merekomendasikan untuk adanya penguatan kolaborasi multipihak sebagai upaya untuk meningkatkan kapasitas dan performa *telemedicine*. Dalam laporan ini, *score* paling rendah terdapat pada ketidakmampuan untuk meningkatkan komprehensif surveilans untuk mencapai positivity rate COVID-19 dibawah 5%. Sehingga IAR juga menambahkan rekomendasi untuk meningkatkan pemberdayaan pada komunitas serta meningkatkan komunikasi risiko. Selain itu, penting untuk memastikan ketersediaan SDM puskesmas dan kompetensi untuk layanan esensial. Terakhir, IAR memberikan rekomendasi untuk mengimplementasikan monitoring penjangkauan vaksinasi dan periode berlakunya vaksin (Kemenkes, 2022).

Kerapuhan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia juga telah disadari oleh Pemerintah Indonesia. Dalam Buku Putih Reformasi SKN, Bappenas menggaris bawahi lemahnya kapasitas ketahanan kesehatan dan pengendalian penyakit di Indonesia yang didasarkan pada lima indikator: kurang handalnya sistem surveilans; rendahnya kapasitas *testing* dan *tracing*; rendahnya kapasitas SDM; terbatasnya jejaring laboratorium, serta lemahnya koordinasi lintas sektor untuk dalam mencegah, mendeteksi, dan menanggapi keadaan darurat kesehatan masyarakat (Bappenas, 2022).

Ketiga evaluasi tersebut menggarisbawahi mengenai lemahnya sistem serta kapasitas surveilans Indonesia dan infrastruktur laboratorium. Ditunjukkan pada Tabel 3, bahwa tantangan di tahun 2017 tidak berubah banyak setelah lima tahun dari evaluasi tahun 2022.

Kerusakan lingkungan dan perubahan iklim

Eratnya keterkaitan antara situasi kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan semakin membuka potensi penularan dan berpindahnya patogen hewan ke manusia. Banyak studi yang mengkaji dan mendalami kemungkinan akibat dari perubahan iklim pada kesehatan masyarakat. Salah satu yang disinyalir akan terjadi adalah semakin banyaknya penyakit baru yang bermunculan (*emerging diseases*) atau bahkan kembali muncul (*re-emerging diseases*) yang menyerang manusia. Per tahun 2022 tercatat, sebesar 60% dari penyakit infeksius berasal dari hewan (Weiss, R. A., & Sankaran, N, 2022). Kemungkinan peningkatan suhu bumi akan memicu hewan kehilangan atau meninggalkan habitatnya dan mendekat ke pemukiman manusia, yang berarti kemungkinan interaksi dan penularan penyakit lebih tinggi. Perubahan iklim sangat mempengaruhi beberapa persebaran penyakit yang disebabkan oleh persebaran serangga, sebagai salah satu vektor utama dalam penyakit zoonosis terutama di daerah tropis (Fouque, F., & Reeder, J. C, 2019). Selain itu, perubahan iklim juga memperparah kondisi kualitas air dengan sanitasi buruk yang akan memperbesar kemungkinan infeksi menular melalui air makanan dan air (*food and waterborne disease*) (Cissé, 2019) seperti infeksi parasit schistosomiasis, infeksi bakteri *Escherichia coli*, Hepatitis A, Hepatitis E, Bakteri *Leptospirosis*, dan lainnya (NJ Health, 2022).

Penyakit-penyakit menular yang muncul di masyarakat akan menambah beban pada kapasitas layanan kesehatan primer yang terbatas. Baik dari sisi pemberian layanan (*supply side*) yang kurang optimal maupun *demand side* yang mana terjadi penurunan keinginan

(*willingness*) dari pasien untuk mengakses layanan akibat kerentanan mereka terhadap penularan penyakit. Kombinasi keduanya dapat menurunkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan esensial lain, termasuk tidak terkendalinya prevalensi penyakit tidak menular. Disrupsi tersebut berdampak tidak hanya sementara, namun juga dampak eksternalitas negatifnya akan terus terasa dalam beberapa tahun ke depan.

Tantangan Kesehatan 2: Tata Kelola Pemerintahan dan Potensi Perlambatan di Tahun Politik

Memasuki tahun 2023, agenda pembangunan kesehatan diprediksi akan mengalami perlambatan yang disebabkan oleh dinamika tahun politik dan tata kelola pemerintahan di tingkat nasional maupun sub-nasional.

Tim peneliti menjabarkan tingkat pemerintahan maupun Kementerian/Lembaga terkait dalam pembangunan sektor kesehatan, di mana potensi perlambatan dapat terjadi.

Pemerintah Pusat

Melalui Perpres No 108/2022, pemerintah menerbitkan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) yang memuat agenda prioritas pembangunan tahun 2023. Di dalamnya memuat fokus kebijakan makro tahun 2023 yang mengarah pada:

- (1) peningkatan produktivitas (revitalisasi industri dan penguatan riset terapan, mendorong pemulihan dunia usaha, pembangunan Ibu Kota Negara (IKN), dan peningkatan infrastruktur digital dan konektivitas),
- (2) penguatan pemulihan sosial dan ekonomi yang inklusif (percepatan penghapusan kemiskinan ekstrem, peningkatan kualitas SDM melalui penguatan sistem pendidikan dan kesehatan, penanggulangan pengangguran disertai dengan peningkatan pekerjaan layak, serta percepatan pembangunan infrastruktur dasar yang meliputi penyediaan air bersih dan sanitasi yang layak), dan
- (3) pembangunan yang berkelanjutan (pembangunan rendah karbon dan meminimalkan eksploitasi sumber daya alam).

Prioritas pendanaan RKP 2023 nampak masih berfokus pada upaya pemulihan ekonomi yang diharapkan dapat menjadi landasan transformasi ekonomi, khususnya pada kegiatan (1) produktivitas perekonomian pada sektor dengan nilai tambah tinggi (2) menjaga daya beli masyarakat, dan (3) revitalisasi ekonomi domestik. Selain itu, ada juga beberapa agenda utama lain untuk pendanaan pembangunan, seperti Ibu Kota Negara baru (IKN), persiapan Pemilu 2024, penyelesaian infrastruktur prioritas, dan pengadaan alutsista. Namun demikian, poin-poin dari *Major Project SKN* dalam RKP 2023 cenderung hanya berfokus pada luaran yang bersifat program, dan belum menyentuh hal-hal yang terkait dengan reformasi struktural atau kelembagaan.

Kementerian Kesehatan

Di tingkat Kementerian/Lembaga, reformasi struktural dan tata kelola telah diupayakan di beberapa kementerian, termasuk Kementerian Kesehatan. Dalam dua tahun terakhir, Kementerian Kesehatan sendiri telah dua kali merombak peraturan tentang Organisasi dan Tata Kerja internalnya. Pertama pada bulan Oktober 2020, dan yang terbaru pada bulan Februari 2022 lewat Permenkes No. 5 Tahun 2022. Bulan Maret 2021, Kemenkes RI juga telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. HK.01.07/MENKES/3605/2021 tentang Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat (*Central Transformation Office*).

Kepmenkes ini menjadi dasar bagi pengangkatan tim akselerasi *ad hoc* dari Kemenkes yang di dalamnya memuat: *Chief Change Management Officers* (CMO), *Chief Digital Transformation Officers* (Chief DTO), *Chief Reporting Officers* (Chief RO), *Change Management Specialist* (CMS), *Digital Transformation Specialist* (DTS), *Reporting Specialist* (RS), *Change Management Analyst* (CMA), *Digital Transformation Analyst* (DTA), dan *Reporting Analyst* (RA). Penerbitan Kepmenkes ini bertujuan untuk mengkoordinasikan dan mengakselerasi implementasi seluruh program reformasi birokrasi dan transformasi kelembagaan secara masif kepada seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Namun demikian, terbitnya Kepmenkes ini memunculkan kekhawatiran akan adanya tumpang tindih kewenangan antara tim akselerasi dengan struktur birokrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan. Terlebih tim akselerasi ini hanya bersifat *ad-hoc* dan memunculkan pertanyaan mengenai keberlanjutan atas sistem ini pasca periode masa jabatan 2024, seperti: keberlanjutan peta jalan dan rencana aksi, transfer pengetahuan di antara sumber daya internal, rencana dan komitmen anggaran, hingga koordinasi dengan pemangku kepentingan lainnya.

Selain Tim Akselerasi Reformasi dan Transformasi tersebut, Menteri Kesehatan membentuk Pusat Harmonisasi Kebijakan Kesehatan (Paskhas) yang berperan untuk mengawasi lintas direktorat di dalam Kemenkes, melaporkan serta membantu Menkes dan direktorat terkait untuk memastikan rencana strategis tercapai. Paskhas juga bersifat *ad hoc* dengan pergantian staf (*turnover*) yang tinggi. Namun melalui Permenkes 5/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Paskhas ini kemudian dilembagakan ke dalam Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan (PSSK) yang bertanggung jawab kepada Menteri melalui Sekretaris Jenderal. PSSK saat ini dipimpin oleh seorang Kepala Pusat yang berpangkat Eselon II dan mulai diisi oleh karyawan berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN).

Perubahan nomenklatur juga berdampak pada dihapusnya atau munculnya direktorat atau pusat kajian baru dalam struktur Kemenkes, seperti berubahnya Biro Kerjasama Luar Negeri (Biro KSLN) menjadi Pusat Kajian Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan (Pusjak KGTK). Perubahan ini juga menandakan perluasan/perubahan/penyempitan wewenang direktorat terkait yang berkonsekuensi mulai dari penyesuaian kualifikasi tenaga kerja di Kemenkes hingga penyesuaian koordinasi dengan Dinas Kesehatan di level provinsi dan kabupaten/kota.

Selain itu, terjadi perubahan pejabat struktural eselon 3 dan 4 menjadi pejabat fungsional, dari “Kepala Sub-Direktorat” menjadi “Ketua Kelompok Kerja”.

Pemerintah Daerah

Dinamika Pemilihan Kepala Daerah serentak yang ditarik ke tahun 2024 akan menyebabkan tantangan tata kelola di tingkat daerah. Hal ini merupakan konsekuensi dari batal direvisinya UU No. 7/2017 tentang Pemilihan Umum dan UU No. 10/2016 tentang Penetapan Perpu No. 1/2014 tentang Pemilihan Gubernur, Bupati, dan Walikota. Total sebanyak 271 kepala daerah (terdiri dari 24 gubernur, 56 walikota, dan 191 bupati) habis masa jabatannya pada tahun 2022 dan 2023. Kepala daerah yang masa jabatannya habis sebelum Pilkada serentak 2024 akan digantikan oleh penjabat kepala daerah definitif terpilih dan dilantik pada tahun 2024.

Dinamika kepemimpinan daerah yang terjadi di 271 Kab/Kota atau lebih dari 50% wilayah Indonesia ini menimbulkan permasalahan terkait terbatasnya wewenang dan tanggung jawab, serta minimnya inovasi daerah, terutama terkait sektor kesehatan. Berdasarkan Pasal 132A ayat (1) dan (2) PP No. 49/2008 tentang Pemilihan, Pengesahan, Pengangkatan, dan Pemberhentian Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah: (1) “Penjabat kepala daerah atau pelaksana tugas kepala daerah [...] dilarang: melakukan mutasi pegawai; membatalkan perizinan yang telah dikeluarkan pejabat sebelumnya dan/atau mengeluarkan perizinan yang bertentangan dengan yang dikeluarkan pejabat sebelumnya; membuat kebijakan tentang pemekaran daerah yang bertentangan dengan kebijakan pejabat sebelumnya; dan membuat kebijakan yang bertentangan dengan kebijakan penyelenggaraan pemerintahan dan program pembangunan pejabat sebelumnya” dan (2) “Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan setelah mendapat persetujuan tertulis dari Menteri Dalam Negeri.”

Namun demikian, besarnya kewenangan yang dimiliki oleh Mendagri dapat tergambar dari mudahnya terjadi perubahan peraturan mengenai wewenang penjabat kepala daerah yang dilakukan oleh Mendagri, antara lain: pemberian izin mutasi, pemberian sanksi, dan pencabutan perizinan yang telah diberikan oleh kepala daerah sebelumnya. Hal ini menimbulkan kekhawatiran akan munculnya konflik kepentingan dan penyalahgunaan wewenang seiring dengan begitu luasnya Mendagri dalam mengubah ketentuan mengenai wewenang penjabat kepala daerah.

Tahun 2023 akan diwarnai dengan banyaknya agenda kampanye politik di berbagai daerah oleh calon presiden, maupun calon kepala daerah, juga DPR dan DPRD. Konsekuensinya, isu kesehatan mungkin akan kembali sulit mendapatkan perhatian dan prioritas dari masyarakat maupun pemangku kebijakan di tahun 2023. Di sisi lain, di tahun 2023 juga isu kesehatan berpotensi menjadi isu politik yang digunakan sebagai janji kampanye para calon. Meskipun begitu, terdapat risiko dimana anggaran, kebijakan maupun program kesehatan bisa jadi malah dikesampingkan demi memberi ruang untuk prioritas politik praktis lainnya.

Tantangan Kesehatan 3: Politik Anggaran dan Perlambatan Ekonomi



Dalam berbagai kesempatan, Presiden Joko Widodo maupun Menteri Keuangan, Sri Mulyani Indrawati, jelaskan bahwa Indonesia akan dihadapkan pada tantangan perlambatan ekonomi global di tahun 2023. *Indonesia Economic Outlook 2023* menyebutkan tantangan perlambatan ekonomi di sebagian besar negara berkembang diakibatkan oleh pengetatan suku bunga oleh The FED yang memperlebar suku bunga antara Amerika Serikat dengan negara lainnya. Tingginya nilai suku bunga di Amerika Serikat mendorong investor meminimalisir risiko dengan cara menarik kapital keluar dari pasar negara berkembang ke Amerika Serikat. Situasi ini mengakibatkan terapresiasinya nilai mata uang dollar disertai dengan terdepresiasinya nilai mata uang negara lainnya.

Selain itu, kombinasi krisis multidimensional dari pemulihan ekonomi yang tidak sempurna akibat pandemi, krisis energi di Eropa, hingga perang yang masih berlangsung antara Russia dan Ukraina, semakin memperparah keadaan. Bank Dunia proyeksikan perekonomian global akan mengalami perlambatan paling tajam sejak *great depression* pada tahun 1970an (World Bank, 2022). Indeks Kepercayaan konsumen penanda penurunan daya beli secara global telah mengalami penurunan yang jauh lebih tajam daripada menjelang resesi 2008 sebelumnya. Dari sisi suplai, tiga ekonomi terbesar dunia—Amerika Serikat, China, dan Eropa—telah melambat tajam sejak pertengahan tahun 2022. Kerentanan terbesar ada pada negara yang secara ekonomi sangat terhubung dengan perekonomian global, utamanya dari sektor perdagangan dan keuangan. Untuk memitigasi risiko, baik *World Bank* maupun *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) mengeluarkan rekomendasi yang sama pada negara di seluruh dunia, yakni untuk lakukan pengetatan pada kebijakan moneter dan berhati-hati dalam regulasi kebijakan fiskal (World Bank, 2022); (OECD, 2022). Kedua institusi tersebut juga menyarankan agar pemerintah tidak tergesa-gesa menarik stimulus fiskal sebagai bentuk perimbangan terhadap pengetatan kebijakan moneter. Akan tetapi, pembuat kebijakan harus mempersiapkan perencanaan fiskal jangka menengah yang kredibel serta memprioritaskan penguatan bantuan sosial yang ditargetkan kepada rumah tangga rentan (World Bank, 2022).

Indonesia sendiri menyikapi ancaman perlambatan ekonomi global dengan menyusun desain kebijakan fiskal & moneter yang fleksibel, prioritas alokasi anggaran untuk penguatan jaring pengaman sosial, serta secara perlahan lakukan konsolidasi fiskal. Di luar itu, Pemerintah tetap memprioritaskan pemberian insentif pada sektor-sektor produktif di masa pandemi, utamanya industri ekstraktif dan sektor-sektor padat karya, termasuk pembangunan Ibu Kota Negara baru (IKN) serta penyelesaian proyek infrastruktur strategis (Kemenkeu RI, 2022). Khusus terkait pembangunan IKN, Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPR) menyebutkan bahwa pembangunan IKN pada tahun 2023 akan berfokus untuk Kawasan Inti Pusat Pemerintahan (KIPP) yang akan memakan biaya sebesar 20,8 triliun dan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) (Victoria, 2022).

Pembangunan IKN merupakan salah satu agenda pembangunan mercusuar paling ambisius baik secara politis maupun teknokratik. Tim Pengembangan Regional Kementerian PPN/Bappenas mengklaim bahwa pembangunan IKN merupakan komponen penting

pemulihan ekonomi sekaligus menjadi stimulus pertumbuhan yang lebih adil melalui redistribusi kapital di luar Pulau Jawa. Akan tetapi, semua harus jeli dengan perencanaan IKN itu sendiri.

Situasi ekonomi global yang terus memburuk membuat pemerintah tak kunjung mendapatkan sumber pembiayaan alternatif yang dapat menjamin dukungan berkelanjutan untuk pembangunan Ibu Kota Negara (IKN) Nusantara. Sebagai gambaran, diperkirakan proyek IKN akan menelan biaya total Rp. 466 triliun, yang pada tahap pertama (2022–2024) saja akan membutuhkan Rp110 triliun (CNBC Indonesia, 2022). Jika mengacu pada hitungan 20% untuk kontribusi fiskal, pembangunan IKN akan berpotensi menyerap Rp. 93,2 triliun alokasi APBN hingga 2024, belum disertai perhitungan *overrun cost* serta potensi tidak didapatkannya sumber pembiayaan non-APBN.

Dengan proyeksi alokasi APBN mencapai Rp. 93,2 triliun, Tim Riset Bisnis Indonesia melakukan pemodelan dan mengestimasi bahwa angka tersebut setara untuk membangun **621 rumah sakit, 42.557 sekolah dasar, 653 ruas tol baru, hingga 7.692 unit puskesmas** (Bisnis Indonesia, 2022). Risiko perlambatan ekonomi pada Q4 2022 dan Q1 2023 sangatlah tinggi. Dengan kapasitas fiskal terbatas, sebaiknya pemerintah memfokuskan alokasi APBN untuk pemulihan berkelanjutan dengan memprioritaskan jaring pengaman sosial serta penguatan sektor kesehatan yang jadi faktor disruptif terbesar perlambatan ekonomi dalam 2 tahun terakhir.

Anggaran kesehatan 2023

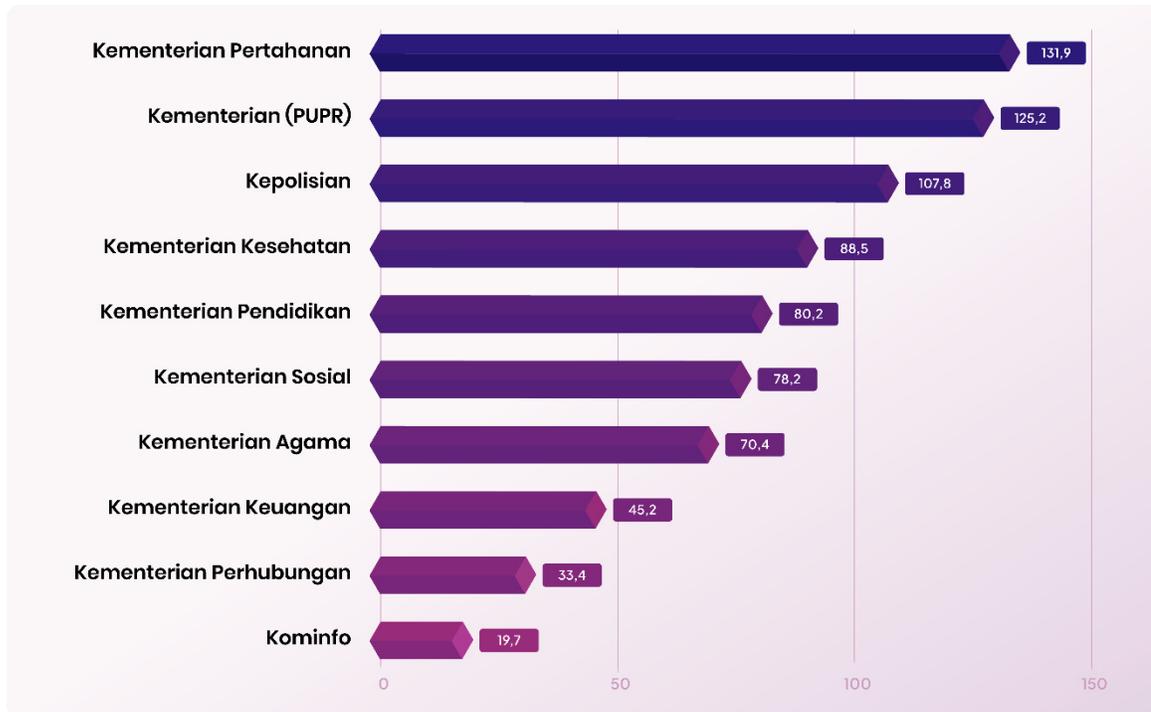
Kementerian Keuangan mencatat realisasi APBN 2022 sebesar Rp2.717,6 triliun, atau sekitar 87,5% dari pagu anggaran 2022 (CNN Indonesia, 2022). Realisasi anggaran mengalami penurunan signifikan, dari tahun 2021 sebesar Rp. 291,4 triliun menjadi Rp176,7 triliun di tahun 2022 (Kemenkeu, 2022). Kementerian Keuangan mengidentifikasi penurunan realisasi anggaran kesehatan diakibatkan oleh semakin terkendalinya Pandemi COVID-19, berdampak pada menurunnya belanja untuk penanganan COVID-19 (Kemenkeu, 2022).

	Tahun Anggaran 2021	Tahun Anggaran 2022
Belanja K/L	Rp 130,3 triliun	Rp 212,4 triliun
Belanja Non K/L	Rp 10,6 triliun	Rp 12,41 triliun
TKDD	Rp 35,8 triliun	Rp 66,49 triliun

Tabel 4. Komponen Belanja Kesehatan 2021–2022

Postur APBN 2023 yang telah disepakati oleh Kemenkeu bersama DPR adalah sebesar Rp3.061,2 triliun (Kemenkeu RI, 2022). Lalu, bagaimana dengan anggaran kesehatan? Dibandingkan dengan APBN 2022, anggaran untuk sektor kesehatan dipastikan turun sekitar 20% dari Rp. 212, 8 Triliun menjadi Rp. 168 Triliun di tahun 2023 (Tabel 4). Sektor kesehatan tahun ini menjadi sektor yang terdampak realokasi anggaran, khususnya program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) pada komponen pengadaan vaksin dan

vaksinasi yang dalam 2 tahun terakhir miliki proporsi sangat tinggi. Anggaran kesehatan tertinggi terjadi di tahun 2021 dan kemudian turun di tahun-tahun setelahnya. Muncul kekhawatiran, bahwa kenaikan anggaran kesehatan yang terjadi sepanjang tahun 2021-2022 hanya lebih bersifat responsif, tidak ditunjukkan pada perubahan yang lebih sistemik.

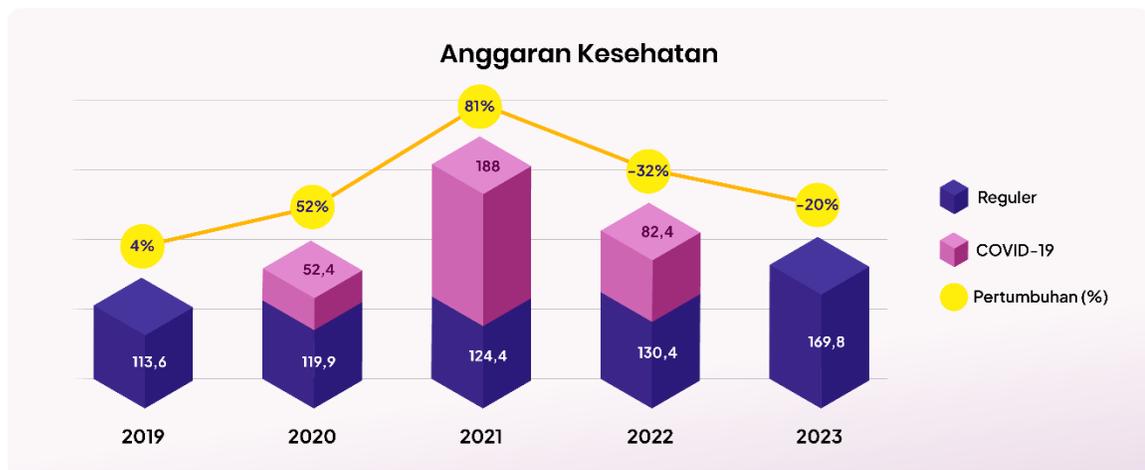


Gambar 5. Kementerian/Lembaga Penerima Anggaran Tertinggi dalam APBN 2023

Anggaran PEN selama ini cukup fleksibel menopang anggaran kesehatan. Adapun kenaikan signifikan sepanjang periode 2020-2021 dan 2021-2022 (Gambar 7) terjadi karena akibat rendahnya sediaan anggaran untuk sektor kesehatan dalam 10 tahun terakhir atau dikenal dengan istilah *low baseline effect*. Seiring dengan menurunnya anggaran kesehatan untuk penanganan COVID-19, Kementerian Kesehatan memprioritaskan penguatan 6 pilar transformasi sistem kesehatan, termasuk diantaranya layanan kesehatan primer. Dalam konteks penguatan layanan kesehatan primer, penurunan anggaran kesehatan secara kuantitas untuk APBN 2023 (yang selama ini rendah) membuat wacana pemerintah mendorong pembagian struktur pembiayaan 50:50 untuk promotif-preventif dan kuratif sulit direalisasikan. Dikhawatirkan, peningkatan anggaran untuk promotif-preventif tidak berasal dari penambahan anggaran kesehatan (*additional*), melainkan menggeser alokasi layanan kuratif yang bebannya memang sudah tinggi.



Gambar 6. Anggaran APBN Tahun 2019-2023



Gambar 7. Anggaran Kesehatan pada APBN Tahun 2019-2023

Prioritas penganggaran bergeser selama pandemi COVID-19, terutama di tahun 2020 dan 2021. Sebelum pandemi, alokasi anggaran belanja program kesehatan oleh pemerintah pusat mayoritas langsung dibayarkan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) untuk pelayanan kuratif (Suwondo, 2020). Selama pandemi COVID-19, pembiayaan lebih banyak ditujukan pada penanganan pandemi COVID-19 khususnya untuk pengadaan vaksin dan vaksinasi (Kemenkeu RI, 2022).

Dari kualitas penganggaran dan pengeluaran, Laporan Belanja Kesehatan Indonesia Tahun Anggaran (TA) 2020-2021 menghasilkan tiga temuan penting. Pertama, proporsi belanja kesehatan Indonesia per-kapita masih lebih rendah jika dibandingkan dengan rata-rata ASEAN. Perihalnya dengan total belanja kesehatan (*Total Health Expenditure*) Indonesia terhadap GDP (4%) yang masih berada dibawah standar WHO yakni 5% terhadap GDP (Kemenkes, 2022). Kedua, peningkatan belanja sektor kesehatan pada

TA 2020–2021 alami lonjakan akibat dimasukkannya anggaran PEN sebagai kebijakan responsif COVID-19. Akan tetapi, skenario pendanaan regular (tanpa PEN) tunjukkan tren stagnasi. Oleh karena itu, peningkatan belanja kesehatan perlu diperkuat untuk menopang upaya promotif dan preventif kesehatan yang kini tengah diprioritaskan pemerintah (Kemenkes, 2022). Dari segi persentase terlihat bahwa belanja kesehatan oleh pemerintah trennya meningkat. Ketiga, belanja *Out of Pocket* (OOP) Indonesia masih cukup tinggi, yaitu pada tahun 2021 belanja OOP untuk kesehatan berada di angka 25,1% dari *total health expenditure* (THE), yang artinya masih berada di atas standar ideal WHO yakni $\leq 20\%$ terhadap THE (Kemenkes, 2022).

Tabel 5. *Belanja Kesehatan Indonesia 2015–2021 dalam National Health Account 2020–2021*

Skema Pembiayaan Kesehatan	2016	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Belanja Kesehatan Publik	43,1%	49,2%	50%	51,2%	51,9%	57,7%	64%
Belanja Kesehatan Swasta	16,7%	15,3%	16,1%	15,4%	15,8%	13,1%	11,0%
Belanja Rumah Tangga (<i>Out of Pocket</i>)	40,2%	35,6%	33,9%	33,5%	32,2%	29,3%	25,1%

Anggaran kesehatan daerah

Sesuai dengan amanah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah provinsi maupun Kabupaten/Kota wajib menganggarkan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) minimal sebesar 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji untuk belanja kesehatan. Data Kemendagri menunjukkan secara keseluruhan rerata besaran anggaran kesehatan semua kab/kota adalah sebesar 10,15 persen di tahun 2021. Ketentuan ini juga menunjukkan komitmen daerah untuk prioritas pembangunan kesehatan di wilayahnya. Meski mayoritas daerah sudah menganggarkan minimal 10% dari APBD untuk kesehatan, per tahun 2021 masih terdapat sebanyak 58 (11,3%) dari 514 Kabupaten/Kota di Indonesia yang memiliki proporsi anggaran kesehatan di bawah 10 persen (Kemendagri, 2021). Senada dengan temuan tersebut, laporan *National Health Account* (NHA) Indonesia menunjukkan, ketergantungan tinggi anggaran kesehatan daerah terhadap pusat. Skema Pembiayaan daerah melalui alokasi pemerintah Provinsi dalam rerata nasional hanya sebesar Rp. 18,6 T (14,42%) dari total pembiayaan. Sedangkan alokasi pemerintah kab/kota hanya sebesar Rp. 18,0 T (13,96%) dari total belanja kesehatan (BKPK, 2022). Dalam laporan *Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia*, CISDI mencatat kontribusi Pendapatan Asli Daerah (PAD) untuk pembangunan kesehatan hanya sebesar 12,87% sehingga berdampak terhadap munculnya ketergantungan berlebih Pemerintah Daerah atas Pemerintah Pusat (CISDI, 2022). Padahal, anggaran kesehatan dari pemerintah pusat secara kuantitas dan kualitas sudah sangat terbatas.

Pemerintah Daerah selama ini sangat bergantung dengan dana alokasi khusus (DAK) yang disalurkan pemerintah pusat untuk pemenuhan standar pelayanan minimum

(SPM) mereka. Akibatnya, Pemerintah Daerah minim sekali berkontribusi APBD murni untuk penguatan capaian kesehatan, khususnya dalam menunjang upaya promotif dan preventif (Sundoyo, 2020); CISDI (2022). Laporan NHA Indonesia menyebutkan selain daerah yang masih bergantung pada dana transfer pusat untuk belanja kesehatan daerah, kualitas belanja kesehatan di daerah (kab/kota) masih terlalu didominasi belanja pegawai urusan kesehatan dengan rerata nasional sebesar 37,52% (BKPK, 2022). Merespon hal tersebut, Kementerian Kesehatan mendorong agar pemda lakukan penyesuaian belanja pegawai dalam APBD menjadi maksimal 30% dalam 5 tahun ke depan (2023–2027) sesuai dengan UU HKPD (Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah).

Di tingkat desa, fokus penggunaan Dana Desa untuk kesehatan tahun 2023 pun hanya memasukkan soal isu stunting namun belum memasukkan isu penguatan layanan kesehatan lainnya di desa. Tercatat hanya terdapat 4 fokus penggunaan Dana Desa yang tercantum dalam RKP 2023, yakni: pemulihan ekonomi (perlindungan sosial dan penanganan kemiskinan), permodalan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes), pembangunan infrastruktur dan operasional pemerintahan desa, serta dukungan program prioritas (*stunting*, pangan, dan pariwisata). Dengan segala keterbatasan sumber daya sedangkan beban kesehatan yang begitu besar, tahun 2023 akan memberikan tantangan perencanaan dan implementasi anggaran yang efektif dan efisien.



Bab IV

Prioritas Transformasi: Reformasi Sistem Kesehatan Nasional dengan Fokus pada Transformasi Layanan Kesehatan Primer

"Learn how to see.

Realize that everything connects to everything else."

-Leonardo da Vinci-

Pandemi COVID-19 yang menyebabkan lebih dari 6,7 juta infeksi dan lebih dari 160 ribu kematian yang tercatat per Desember 2022 menunjukkan bagaimana kerapuhan sistem kesehatan nasional membutuhkan landasan fundamental yang kuat. Layanan kesehatan primer sebagai pintu kontak pertama antara populasi dengan sistem kesehatan, sudah seharusnya menjadi bagian yang paling tangguh dan solid dari keseluruhan sistem kesehatan. Namun, pandemi COVID-19 nyatanya telah mendisrupsi layanan kesehatan primer Indonesia. Di awal pandemi terjadi penurunan layanan kesehatan esensial di puskesmas, hingga lebih dari 75% posyandu tidak melakukan pelayanan; lebih dari 41% kunjungan rumah terhenti; dan sebagian besar puskesmas melaporkan sekitar 10% pelayanan terganggu kelangsungannya (Kemenkes, 2022). Selain itu, layanan imunisasi terganggu pada hampir 90% posyandu dan 65% puskesmas (Mahendradhata et al, 2021).

Terjangan pandemi COVID-19 tentunya memperlambat dan bahkan menyebabkan kemunduran banyak capaian pembangunan, termasuk kesehatan. Capaian HIV mengalami penurunan temuan kasus baru dari tahun 2020 hingga 2021 karena faktor minimnya sumber daya manusia atau tenaga kesehatan di pelayanan. Hal ini dikarenakan tenaga kesehatan berfokus pada penanganan COVID-19 dan program vaksinasi COVID-19 (Kemenkes, 2022). Capaian TB pun mengalami penurunan penemuan kasus baru (*case notifications*) dari 7.1 Juta kasus baru (2019) menjadi hanya 5,8 juta kasus baru (2020) (WHO, 2021). Survei oleh *Stop TB Indonesia* (STPI) tahun 2020 menunjukkan terdapat 44% laboratorium di kabupaten/kota mengalami kendala dalam pemeriksaan sputum. Selain itu, ada 13% fasilitas kesehatan dan puskesmas yang tidak melayani pemeriksaan sputum dan/rujukan spesimen di tahun 2020. Keterbatasan kapasitas laboratorium Indonesia berkontribusi pada menurunnya jumlah penemuan kasus tersebut, terutama dari sisi suplai karena alasan standar dari *Biosafety Cabinet* (BSC) yang belum sesuai, keterbatasan tenaga analis laboratorium, serta Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai dengan standar (STPI, 2020).

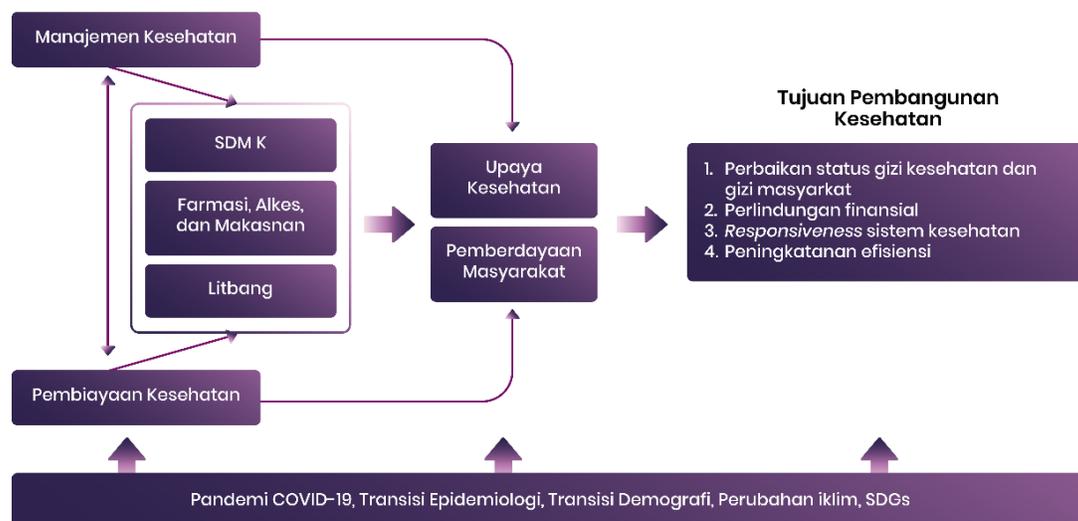


Urgensi penguatan kapasitas dan kualitas layanan kesehatan primer menjadi semakin relevan dengan tantangan-tantangan yang sebelumnya sudah dijabarkan di Bab III, yang dipicu oleh ataupun berhubungan dengan pandemi COVID-19 dan perkembangan nasional. Untuk memastikan penguatan layanan kesehatan primer dapat dilakukan secara transformatif, perubahan mendasar perlu dilakukan secara menyeluruh melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

Pembangunan jangka panjang nasional memiliki visi untuk terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan. Sistem Kesehatan Nasional merupakan instrumen dan kerangka penting mendorong peningkatan kualitas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dan dapat berkontribusi pada ekonomi negara dan pembangunan secara keseluruhan. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional mendefinisikan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Komponen pengelolaan kesehatan dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem sebagai berikut:

- a. Upaya kesehatan
- b. Penelitian dan pengembangan kesehatan
- c. Pembiayaan kesehatan
- d. Sumber daya manusia kesehatan
- e. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan
- f. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan
- g. Pemberdayaan masyarakat.



Gambar 8. Bagan Sistem Kesehatan Nasional (Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021 adaptasi dari Perpres No.72/2012 tentang SKN & adaptasi dari WHO Health System Framework)

Pembelajaran penanganan COVID-19 menjadi titik balik momentum urgensi penguatan sistem kesehatan nasional (Bappenas, 2022). Indonesia harus memastikan SKN siap menghadapi ancaman wabah/*outbreak*/pandemi dan situasi kedaruratan kesehatan lainnya. Penguatan SKN telah diamanahkan sebagai salah satu strategi penting dalam RPJMN 2020–2024 dan visi pembangunan nasional jangka panjang mengingat tingginya beban kesehatan dan rapuhnya sistem kesehatan di Indonesia. Reformasi SKN oleh pemerintah dibagi atas 8 area strategis (*Gambar 9*) yang memberikan daya ungkit pembangunan kesehatan ke depan dengan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care/PHC*) menjadi arus utama dalam kedelapan area tersebut (Bappenas, 2022), yang juga menjadi fokus spesifik dalam penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).



Gambar 9. Area reformasi SKN (Sumber: Buku Putih Reformasi SKN, Bappenas, 2022)

Rencana reformasi SKN untuk menghasilkan keluaran kesehatan yang optimal perlu menekankan prinsip dan mencakup upaya sebagai berikut:

1. Reformasi SKN menggunakan lensa dan pendekatan berbasis hak atas kesehatan (*right to health*). Berdasarkan prinsip ini, maka keberpihakan pada kelompok populasi rentan, penerapan persepsi jender serta prinsip inklusivitas terutama pada pelibatan bermakna masyarakat sipil dan kaum muda selayaknya termasuk dalam fundamental reformasi.

2. Mencakup upaya perubahan untuk mewujudkan layanan kesehatan yang holistik, integratif dan berpusat pada masyarakat (*people centered*)
3. Memasukkan surveilans sebagai komponen dalam SKN. Surveilans menjadi salah satu elemen terlemah dalam pertarungan Indonesia melawan pandemi. Sudah semestinya pemerintah memberikan fokus dan sumber daya khusus untuk upaya surveilans di Indonesia.
4. Meredefinisi makna layanan kesehatan primer (PHC) di Indonesia sebagai upaya kolektif antara pemerintah, swasta, dan masyarakat sipil. Salah satu contoh upaya adalah dengan integrasi layanan kesehatan publik dan swasta serta memperkuat jejaring pelayanan kesehatan primer melalui pelibatan peran swasta dan masyarakat.

Transformasi Layanan Kesehatan Primer

Tentu saja upaya pemerintah untuk memperkuat layanan kesehatan primer patut diapresiasi. Akan tetapi, penting bagi kita untuk memahami bagaimana upaya mentransformasi layanan kesehatan primer yang dilakukan dapat merefleksikan kebutuhan perubahan yang lebih holistik, komprehensif dan *people centered*. Melalui proses *foresight*, CISDI memformulasikan tiga fokus transformasi layanan kesehatan primer berdasarkan nilai strategis dan urgensinya (CISDI, 2022):

1. Pemenuhan akses dan kualitas

Transformasi layanan kesehatan primer di Indonesia sudah harus bergeser dari tidak hanya berfokus pada ketersediaan, namun juga memastikan akses dan kualitas layanan. PHC transformatif dituntut untuk dapat memberikan layanan kesehatan berkualitas tanpa batasan akses, yang dilengkapi dengan teknologi kesehatan terkini namun terjangkau (*affordable*).

2. Integrasi sistem maupun layanan kesehatan primer

Transformasi layanan kesehatan primer yang integratif dan mampu mengintegrasikan seluruh elemen, sistem, dan layanan di dalamnya, terutama antar layanan publik dan swasta.

3. Investasi pembangunan jangka panjang (*long term investment-based perspective*) untuk layanan kesehatan primer

Transformasi layanan kesehatan primer akan membutuhkan pergeseran cara pandang dari pendekatan pembuat kebijakan yang reaktif dan jangka pendek ke investasi terencana dalam jangka panjang.

Guna mengakomodasi tiga fokus transformasi tersebut, maka dibutuhkan pilar reformasi sistemik untuk penguatan layanan kesehatan primer sebagai berikut (CISDI, 2022):

1. Reformasi kepemimpinan dan tata kelola

Dibutuhkannya reformasi pengelolaan sistem layanan kesehatan primer dari tingkat nasional hingga subnasional yang selama ini terfragmentasi dalam departemen-departemen tertentu. Selain itu, reformasi penting dilakukan mengenai adanya mekanisme formal pelibatan publik dalam perencanaan, pengambilan keputusan, implementasi, hingga evaluasi sebuah kebijakan publik.



2. Reformasi kebijakan publik

Dibutuhkannya payung Undang-Undang yang memiliki kekuatan besar untuk mengikat dan meregulasi serta melibatkan lebih banyak pemangku kepentingan dan sektor secara jangka panjang mengingat transformasi PHC akan membutuhkan waktu yang panjang dan investasi yang besar. Selain itu, dibutuhkannya reformasi kebijakan pembangunan secara keseluruhan sebagai determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan agar berorientasi pada pembangunan kesehatan.

3. Reformasi kualitas layanan

Dibutuhkannya model layanan yang integratif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat juga mampu memastikan akses layanan FKTP yang berkualitas, berjenjang dan menyeluruh.

4. Reformasi anggaran dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Dalam aspek jaminan kesehatan, dibutuhkan redistribusi kepesertaan agar peserta JKN tidak hanya terpusat di puskesmas, *strategic purchasing* dalam kapitasi, perbaikan akreditasi, dan pengembangan jalur klinis (*clinical pathways*).

5. Reformasi SDM Kesehatan

Reformasi dalam hal pengelolaan dan pengembangan SDM Kesehatan di layanan kesehatan primer, termasuk memastikan ketersediaan, keterjangkauan, kualitas dan retensi secara berkelanjutan tenaga kesehatan dan kader kesehatan.

Rencana strategis penguatan layanan kesehatan primer Indonesia 2022–2024

Pada pertengahan tahun 2022, Kementerian Kesehatan memperkenalkan 6 pilar transformasi kesehatan, dengan penguatan layanan kesehatan primer sebagai salah satu pilar. Bila merujuk Permenkes 13/2022 mengenai perubahan rencana strategis Kementerian Kesehatan, setidaknya terdapat tiga strategi kunci penguatan layanan kesehatan primer.

Pertama, penguatan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat dengan mengutamakan promotif preventif di FKTP. Penguatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dilaksanakan melalui perluasan upaya edukasi dan pemberdayaan masyarakat, pengendalian penyakit berbasis masyarakat melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) (posyandu), pendekatan keluarga, dan pelibatan swasta. Adapun indikator kinerja yang ditetapkan untuk strategi ini adalah persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM, AKI, AKB, prevalensi stunting, wasting, HIV, TBC, kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria, kusta, IPM, prevalensi obesitas, merokok, dan jumlah kabupaten/kota sehat.

Kedua, pemenuhan sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai (BMHP), dan alat kesehatan pada FKTP. Pemenuhan ini mencakup pembangunan puskesmas hingga seluruh kecamatan di Indonesia memiliki puskesmas, pemenuhan 40 jenis obat esensial di seluruh puskesmas, dan pemenuhan sarana prasarana imunisasi di seluruh puskesmas. Adapun indikator kinerja yang ditetapkan untuk strategi ini adalah persentase kabupaten/kota dengan sarana, prasarana dan alat (SPA) puskesmas yang memenuhi standar dan persentase puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar.

Ketiga, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer melalui penguatan tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta. Secara strategis direncanakan penguatan tata kelola manajemen puskesmas, penguatan pelayanan esensial sesuai standar, penguatan tata laksana rujukan termasuk rujuk balik, standarisasi mutu FKTP swasta, dan peningkatan partisipasi publik dan swasta pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer. Adapun indikator kinerja yang ditetapkan untuk strategi ini adalah persentase FKTP yang terakreditasi dan persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas.

Layanan kesehatan primer yang transformatif

Bagian ini secara khusus memetakan situasi dan kemajuan selama tahun 2022 serta langkah strategis, mulai dari tinjauan kebijakan hingga pendekatan programatik, yang dapat dikembangkan guna mendukung transformasi layanan kesehatan primer di Indonesia.

Reformasi Tata Kelola, Kelembagaan dan Kebijakan Publik

Agar reformasi SKN dan transformasi layanan kesehatan primer berdampak optimal, diperlukan perbaikan tata kelola, kelembagaan dan kebijakan yang ada. Tata kelola kepemimpinan perlu diperbaiki baik dari segi horizontal maupun vertikal. Dari segi horizontal yaitu perbaikan koordinasi lintas departemen pada Kementerian Kesehatan, lintas sektor kementerian, dan antara publik dan swasta. Dengan mengacu pada strategi “*Health in All Policies* (HiAP)”, kementerian kesehatan didorong untuk memimpin, mengadvokasikan, dan memediasi sektor lain di pemerintahan untuk mencapai tujuan kesehatan. Sedangkan dari segi vertikal mulai dari koordinasi antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah, dan juga koordinasi antara pembuat kebijakan dengan para SDM yang mengimplementasikan, termasuk SDM garda terdepan.

Reformasi tata kelola dibutuhkan untuk mengatasi permasalahan ketidaksinambungan pembuatan kebijakan yang umumnya berada di tingkat pusat hingga implementasi kebijakan di daerah. Salah satu caranya adalah dengan membuka partisipasi berbagai pemangku kepentingan dalam pembuatan dan pelaksanaan kebijakan. Mulai dari masyarakat sebagai konsumen, organisasi masyarakat sipil, penyedia layanan publik dan swasta, dan pemerintah daerah. Para *stakeholder* sebaiknya dilibatkan secara bermakna untuk mendorong akuntabilitas sosial (*social accountability*) dan rasa memiliki akan kebijakan yang disusun, sehingga implementasinya memperoleh dukungan dan sesuai dengan kapasitas kontekstual.

Proses partisipatif tersebut akan memakan waktu, namun akan memberikan penerimaan dan dampak yang lebih optimal dan berkelanjutan. Pelibatan *bottom-up approach* ini memperbaiki komunikasi yang ada antar aktor dan mengurangi dampak negatif dari perubahan mendadak yang biasanya datang dari pusat. Sebagai contoh, perubahan lembaga dan susunan organisasi (SOTK) di tingkat Kementerian Kesehatan yang tercantum dalam Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 menimbulkan beberapa transisi perubahan mendadak di tingkat daerah terkait norma, standar prosedur dan kriteria (NSPK) yang diperbaharui dan dirupsi alur komunikasi. Dirupsi seperti ini dapat dicegah melalui perencanaan *bottom-up* dan kesiapan yang matang.



Regulasi dan program yang dibuat secara kolektif dapat menghindari keluarnya sumber daya untuk memaksakan implementasi kebijakan yang tidak sesuai dengan kapasitas daerah yang tersedia. Kebijakan yang sukses di satu tempat tidak selalu akan dapat memberikan hasil yang sama bila dilaksanakan di tempat lain, hal ini karena faktor-faktor pendukung kebijakan tersebut berbeda (Cartwright & Hardie, 2012). Sehingga pelibatan daerah akan menjadi bermakna ketika perspektif dan informasi yang dimiliki oleh aktor daerah menjadi acuan kebijakan. Regulasi kebijakan yang diperlukan oleh para aktor di daerah selain peraturan pusat dan strategi secara garis besar adalah peraturan operasional. Peraturan operasional tersebut dapat mengarahkan langkah-langkah yang harus dilaksanakan dan dipersiapkan. Pemerintah pusat juga perlu menyiapkan mekanisme yang efektif untuk memberikan insentif dan dukungan terhadap inovasi pemerintah daerah atau masyarakat yang mendukung tujuan transformasi kesehatan.

⁷ <https://www.suarasurabaya.net/kelanakota/2022/eri-cahyadi-berikan-insentif-kepada-kader-surabaya-hebat/>



Kader-kader Kuat Itu Kita

Kader Surabaya Hebat (KSH) merupakan inovasi yang dirancang pemerintah Kota Surabaya di awal tahun 2022, atas instruksi langsung dari Walikota Surabaya. Inisiatif tersebut disebutkan sebagai bentuk integrasi lintas dinas dan cerminan dari keguyuban warga dalam membangun kota yang ideal⁷. Pemangku kepentingan yang terlibat dalam pelaksanaan KSH setidaknya terdiri dari Dinas Kesehatan, Dinas Lingkungan Hidup, dan Dinas Sosial. Tujuan utama dari penggabungan seluruh kader ini adalah untuk memastikan integrasi peran kader dan pendataan yang dilakukan kader.

Pengimplementasian Kader Surabaya Hebat diatur langsung dalam Peraturan Walikota (Perwali) Surabaya Nomor 14 Tahun 2022. Keberadaan Perwali ini membuat Surat Keterangan (SK) kerja kader-kader dikeluarkan oleh walikota langsung, sehingga dengan kata lain kader dari masing-masing dinas melebur menjadi satu dalam payung KSH. KSH umumnya adalah kader-kader terdahulu yang kemudian dilanjutkan SK kerjanya sebagai KSH, bukan melalui rekrutmen baru yang terpisah. Setiap RT memiliki sekitar 8-10 KSH, sehingga totalnya ada sekitar 45rb kader dalam 1 kota Surabaya. Dengan jumlah penduduk Kota Surabaya sebanyak 2.8 juta orang di tahun 2020, artinya perbandingan kader dan jumlah masyarakat total adalah 1:60 orang.

Aktivitas kader-kader KSH merujuk pada tugas pokok yang utamanya adalah pendataan masyarakat dan kunjungan rumah yang dilakukan 1 minggu sekali dan 1 bulan sekali, contoh aktivitas kader meliputi: pendataan Masyarakat Berpenghasilan Rendah (MBR), pendampingan tumbuh kembang balita, deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular dan kunjungan rumah untuk jumantik. Selain aktivitas pendataan, KSH juga melakukan pembagian makanan bagi bayi gizi buruk (intervensi kesehatan), memberikan penyuluhan kesehatan dan lingkungan (edukasi) dan melakukan pencatatan/pelaporan. Kader KSH juga dibekali dengan *mobile platform* pelaporan yang terkoneksi pada *dashbord* yang dapat dipantau oleh stakeholder terkait seperti puskesmas, kelurahan/kecamatan, OPD level Kota sampai Walikota sehingga dapat tersaji data real time. Benefit atau keuntungan yang disiapkan untuk masing-masing kader KSH terdiri dari instrumen pelengkap kerja dan insentif bulanan. Pelengkap kerja yang dimaksud adalah seragam dan atribut kader lainnya. Nominal insentif KSH adalah sebenar Rp 500.000,00 per orang efektif di tahun 2023.

Kementerian Kesehatan baru saja mengeluarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan. Di dalamnya memuat di antaranya kebijakan tentang tata kelola pelibatan pihak swasta untuk mendukung transformasi layanan kesehatan primer. Pada peraturan tersebut, Kemitraan Pemerintah dengan Swasta (KPS) didefinisikan sebagai *"hubungan saling memerlukan, saling menguatkan, dan/atau saling menguntungkan antara pihak Pemerintah dengan non pemerintah."* Diharapkan pihak swasta dapat berkontribusi mulai dari upaya promotif preventif, penyediaan layanan baik di masa umum maupun bencana, penelitian, hingga pelatihan di bidang kesehatan. Peraturan yang telah dibuat sudah cukup komprehensif dan menjabarkan mulai dari pengadaan hingga monitoring evaluasi kemitraan. Anggaran untuk

kemitraan disebutkan dapat berasal dari APBN, Dana Tanggung Jawab Sosial Perusahaan, Filantropi atau gabungan dari pemerintah dan mitra.

Akan tetapi peraturan yang baru terbit pada bulan September 2022 belum banyak diketahui dan perlu sosialisasi lebih lanjut. Selain itu, dalam implementasinya perlu pengawasan yang ketat, terutama memastikan bahwa pihak swasta yang dilibatkan tidak memiliki peran dalam peningkatan risiko penyakit. Sebagai contoh, pihak swasta yang dijadikan mitra sebaiknya bukan yang memproduksi atau mempromosikan rokok, alkohol, susu formula tanpa indikasi kesehatan, polusi lingkungan. Tujuannya untuk mengurangi *conflict of interest* di dalam kemitraan. Bila melihat dari pengalaman implementasi *public-private-partnerships* (PPP) di mancanegara, selain yang telah dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan, diperlukan juga peraturan turunan yang menjabarkan peran mitra secara jelas, insentif finansial agar pihak swasta berminat dan berkomitmen untuk menjadi mitra, dan pelibatan SDM yang berada di sektor swasta dalam pembuatan dan implementasi regulasi (Joudyian et al., 2021).

Kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang kesehatan sudah dicoba diterapkan di Indonesia, salah satunya terkait pengendalian infeksi tuberkulosis (TB). Namun, penelitian yang dilakukan di Purwokerto mencatat bahwa meskipun rumah sakit swasta sudah mulai melaporkan insiden kasus TB dan indikator lainnya, hampir tidak ada layanan kesehatan primer swasta yang turut terlibat dalam peningkatan pelayanan TB (Sunjaya et al., 2022). *Stakeholders* di FKTP swasta menyatakan sulit melaksanakan pelayanan karena keterbatasan infrastruktur, SDM, dan biaya menyediakan obat. Adapun beberapa penyedia layanan swasta terutama SDM di FKTP swasta menyatakan mereka kurang dilibatkan ketika puskesmas membicarakan program TB. Oleh karena itu, terkait Permenkes No. 27 Tahun 2022, perlu ditinjau ulang apakah peraturan kemitraan yang masih bersifat *voluntary* dapat dengan optimal mengkoordinasi sektor publik dan swasta, mendukung layanan swasta, serta meningkatkan komitmen pihak swasta.

Reformasi Kualitas Layanan

Saat ini, bila menilik tiga strategi kunci penguatan layanan kesehatan primer oleh Kemenkes, maka kita sedang berada pada tahapan penguatan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat dengan mengutamakan promotif preventif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pratama (FKTP). Penguatan aspek *delivery of care* yang tengah diprioritaskan harus beriringan dengan peningkatan *quality of care* atau kualitas layanan. CISDI membedah isu kualitas layanan ke dalam dua lokus utama, yakni ketersediaan infrastruktur dasar dan indikator mutu layanan. Dalam konteks infrastruktur dasar, terbatasnya akses terhadap infrastruktur pendukung esensial seperti internet, listrik, jalan dan transportasi turut menghambat kualitas layanan. Menurut Rifaskes 2019, tercatat masih ada 2097 puskesmas (21,3%) yang belum memiliki internet dan masih ada 204 puskesmas yang belum memiliki listrik. Semua faktor tersebut jika dikombinasikan akan meningkatkan hambatan bagi individu untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Sementara terkait mutu layanan, keberadaan puskesmas sebagai salah satu komponen layanan kesehatan primer belum tersebar secara merata. Menurut Rifaskes (2022), dari 10.203 puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia, baru 56,4 persen puskesmas yang telah terakreditasi. Dari angka tersebut, 35,5 persen di antaranya masih terpusat di Pulau Jawa.

Selain itu, masih terdapat 54,45 persen puskesmas yang belum memiliki 9 jenis tenaga kesehatan secara lengkap, 6,47 persen puskesmas yang belum memiliki dokter, dan rasio dokter hanya 0,67 per 1000 penduduk (Kemenkes, 2022). Distribusi menjadi salah satu kendala karena secara umum, terdapat 19 provinsi yang memiliki persentase kecukupan jumlah dokter di atas rata-rata nasional, sementara 15 provinsi mengalami kekurangan suplai dokter.

Indikator pengukuran

Selain permasalahan keterbatasan infrastruktur, kapasitas, SDM, akses ke obat dan alkes, serta beban berlebih puskesmas yang berdampak pada kualitas layanan, ukuran dan indikator yang dapat digunakan untuk dapat mengukur dan mengevaluasi penyebab rendahnya kualitas layanan dari segi proses sangatlah terbatas. Pemerintah memiliki SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang mencakup aspek kelengkapan standar layanan secara kuantitas maupun kualitas untuk 12 jenis layanan dasar di puskesmas. Namun, dalam beberapa kasus indikator SPM juga tidak dapat merepresentasikan situasi layanan di Indonesia. Sebagai contoh, layanan Kesehatan Ibu merupakan layanan yang indikator SPMnya menjadi yang paling tinggi beberapa tahun terakhir, yaitu sekitar 80-90% secara nasional. Namun, hal tersebut tidak terlihat secara gamblang melalui indikator kematian ibu yang tidak menunjukkan penurunan signifikan. CISDI mencatat masih belum sinkronnya indikator proses dan indikator capaian yang seharusnya menjadi rujukan monitoring dan evaluasi layanan. Maka, evaluasi kerangka berpikir dan indikator yang digunakan patut dikaji ulang, agar pendekatan tepat sasaran. Selain itu, belum ada mekanisme pembagian peran dan tanggung jawab antara FKTP pemerintah dan swasta yang memungkinkan indikator proses (contoh: SPM) terintegrasi dengan sektor swasta. Adapun urgensi untuk mengintegrasikan indikator SPM ke sektor swasta diperlukan untuk menjaga mutu serta peningkatan kapasitas yang sama dengan Puskesmas. Tujuannya agar terjadi pihak swasta juga berperan dan dapat bersinergi dengan pemerintah dalam meningkatkan kualitas layanan dan pembangunan kesehatan secara luas. Situasi ini diperparah dengan lemahnya supervisi dan pemantauan maupun evaluasi dari pihak pemerintah.

Keterbatasan kapasitas SDM

Terakhir dalam konteks kapasitas dan beban FKTP Pemerintah, diskusi narasumber ahli yang kami lakukan menunjukkan masih minimnya pelatihan yang berorientasi pada peningkatan pemahaman dan pengetahuan SDM FKTP Pemerintah mengenai upaya preventif dan promotif. Pelatihan masih bersifat pertemuan formal, tidak dilengkapi dengan modul yang merujuk indikator proses maupun capaian di layanan primer. Selain itu, beban tenaga kesehatan di FKTP Pemerintah terlalu berat karena harus mengerjakan semua hal, mulai dari beban kerja administratif hingga pelaksanaan aktivitas UKP dan UKM dalam waktu bersamaan. Beberapa narasumber merekomendasikan agar rekrutmen SDM didedikasikan khusus baik untuk UKP dan UKM guna mengurangi risiko beban berlebih SDM di layanan FKTP Pemerintah. Dengan besarnya peran dan tanggung jawab FKTP pemerintah, perlu adanya redistribusi peserta JKN (UKP) ke FKTP swasta dengan konsekuensi pembentukan model *business*



process baru untuk mengintegrasikan FKTP swasta ke dalam ekosistem JKN untuk membagi beban kebutuhan.

Integrasi Layanan Kesehatan Primer: Pergeseran kuratif ke promotif dan preventif

Salah satu tujuan besar pada rencana transformasi layanan kesehatan primer adalah terwujudnya integrasi layanan kesehatan primer. Layanan kesehatan primer, baik dari publik maupun swasta, UKP maupun UKM, harus terintegrasikan secara komprehensif dan berkesinambungan agar dapat menyediakan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas untuk masyarakat.

Dalam skema Pemerintah sendiri, Kementerian Kesehatan menerjemahkan integrasi tersebut melalui dikeluarkannya **Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas** yang menyebutkan bahwa diperlukan perubahan paradigma pelayanan kesehatan di Puskesmas sebagai upaya transformasi pelayanan kesehatan primer (Kemenkes, 2022). Pelayanan akan berubah dari berbasis penyakit/program menjadi berbasis **klaster** yang diintervensi oleh semua program sehingga pelayanan kesehatan akan lebih terintegrasikan dan komprehensif.

Klaster yang diusulkan adalah : 1) manajemen puskesmas, 2) ibu, anak, dan remaja, 3) usia produktif dan lansia, 4) penanggulangan penularan penyakit. Tanggung jawab sistem pelayanan kesehatan primer diberikan pada **Puskesmas di tingkat kecamatan dan Posyandu Prima di tingkat desa**. Posyandu Prima akan dibentuk dari integrasi puskesmas pembantu dan pos kesehatan desa, atau dibentuk baru bila sebelumnya belum ada jejaring puskesmas. Posyandu Prima akan menggantikan istilah Pustu dan poskesdes dan akan tetap bersifat sebagai jaringan puskesmas. Apabila desa dan kelurahan di suatu wilayah memiliki puskesmas, maka pelayanan kesehatan tetap dilaksanakan di Puskesmas, sedangkan Posyandu Prima akan menjadi koordinator pemberdayaan masyarakat.

Bila merujuk pada rencana tersebut, maka integrasi layanan primer yang dimaksud oleh Kemenkes adalah integrasi hanya di tingkat Puskesmas. Sedangkan, integrasi yang ideal seharusnya adalah integrasi antara layanan kesehatan publik dan swasta. 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.

Selain itu, kemunculan konsep Posyandu Prima berimplikasi terhadap penataan dan penyesuaian kembali tata kelola layanan kesehatan primer yang selama ini diampu secara lintas sektor⁸. Kementerian Kesehatan mengakui adanya kebutuhan penataan dan penyesuaian kembali regulasi dan kebijakan, sistem penganggaran, sistem dan paket pelayanan, penyediaan SDM kesehatan dan kader, pengadaan infrastruktur,

⁸ Kementerian dalam Negeri, Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah tertinggal, serta Kementerian Kesehatan



penyiapan berbagai instrumen kerja (juknis, pedoman), peningkatan kapasitas, pengaturan jam operasional dan hari kerja, dan pendefinisian ulang peran pokjandal (Kemenkes, 2022). Dengan demikian, dibutuhkan perubahan radikal regulasi dan kebijakan yang sudah ada. CISDI mengingatkan akan kebutuhan payung undang-undang yang lebih besar. Sampai saat ini proses pembuatan kebijakan tersebut masih baru akan dilaksanakan dan prosesnya belum melibatkan publik dan dibuat lebih transparan.

Selain itu, transformasi memerlukan kerja sama lintas sektor yang berkesinambungan. Kementerian Kesehatan (2022) sudah menjabarkan beberapa Kementerian/Lembaga yang berperan dalam transformasi layanan kesehatan primer yaitu Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, Kementerian Keuangan, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), dan TP-PKK. Pada tahun 2022, beberapa sektor yang berperan sudah menyuarakan dukungan akan transformasi layanan kesehatan primer seperti saat Menteri Kesehatan Dalam Negeri diundang dalam acara peluncuran integrasi layanan kesehatan primer (Kemendagri, 2022). Akan tetapi sampai akhir tahun, belum ada regulasi terkait yang dimunculkan oleh sektor-sektor terkait.

Sejak Juknis Integrasi Layanan Primer terkait Posyandu Prima dikeluarkan, Kementerian Kesehatan melakukan *piloting* terhadap 9 puskesmas yang tersebar di 9 Provinsi di Indonesia. Saat pelaksanaan *piloting* berlangsung, regulasi yang menaungi perencanaan dan pelaksanaan Posyandu Prima belum dibentuk. Alhasil, terdapat banyak gap kebijakan yang termonitor selama *piloting* berlangsung. CISDI mencatat lima temuan penting terkait pelaksanaan *piloting* Posyandu Prima, di antaranya:

- Ketiadaan regulasi membuat status Posyandu Prima sebagai **Layanan Kesehatan Desa (LKD)** masih simpang siur. Pemerintah daerah masih menunggu arahan pemerintah pusat apakah menetapkan Posyandu Prima sebagai **LKD** atau Faskes
- Bila merujuk petunjuk teknis ILP, Kemenkes akan menjadikan Posyandu Prima sebagai **Jaringan Puskesmas namun dengan format hybrid Posyandu PRIMA sebagai LKD**. Format ini merupakan metode baru oleh karenanya memiliki kompleksitas tinggi terlebih pelaksanaan LKD bersifat lintas sektor
- Sumber anggaran Posyandu Prima masih belum jelas. Sejauh ini Pemerintah Daerah masih memanfaatkan sumber anggaran secara sporadis (kombinasi BOK dan DAU DPMD) untuk pemberian insentif pada Posyandu Prima. Belum lagi fakta bahwa alokasi anggaran dari APBD untuk Posyandu per tahunnya juga sangat kecil (12 juta-an).
- Belum jelasnya dukungan SDMK untuk Posyandu Prima khususnya pada pemenuhan kader kesehatan, apakah akan direkrut oleh desa atau puskesmas
- Sejumlah daerah merasa kesulitan untuk mengintegrasikan ekosistem data platform Aplikasi Sehat IndonesiaKu-Bulan Imunisasi Anak Nasional (ASIK-BIAN) sebagai bagian dari kebijakan Posyandu Prima dan satu data sehat dengan

ekosistem data yang tersedia akibat ketiadaan regulasi yang menghubungkan kedua ekosistem data tersebut.

Hasil diskusi kami bersama 3 kabupaten/kota pelaksana piloting Posyandu Prima menunjukkan ketiadaan regulasi formal, baik dalam bentuk perpres, permenkes, maupun SKB III menteri, yang mengatur apakah Posyandu Prima sebagai jejaring atau jaringan, membuat Pemerintah Daerah kebingungan untuk menentukan alur alokasi pembiayaannya. Sebagai akibatnya, masing-masing daerah pelaksana piloting memanfaatkan anggaran secara sporadis untuk membiayai implementasi dan transisi posyandu prima. Belum lagi kebijakan replikasi yang diserahkan kepada daerah, tanpa adanya kerangka regulasi yang membuat birokrasi dan hubungan lintas sektor dapat bekerja dengan optimal. Jika situasi ini terus terjadi, dikhawatirkan tata kelola posyandu prima dari perspektif pembiayaan berisiko tidak *prudent*, karena simpang siurnya mekanisme alur pembiayaan hingga proses monitoring evaluasinya. Adapula risiko di mana daerah melalui skenario PAD harus menanggung beban pembiayaan untuk aktivitas/program yang tidak didanai melalui transfer pusat.

Kata Mereka Soal ILP

Secara programatik, penerapan ILP melalui Posyandu Prima mendapat tanggapan yang beragam dari tenaga kesehatan, kader posyandu, dan pemangku kepentingan desa/kelurahan. Tanggapan positif yang sering diutarakan adalah mengenai kegiatan kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader. Sebelum adanya ILP, kader Posyandu umumnya memberikan pelayanan di Posyandu/Posbindu sekali sebulan saja, misalnya di Kabupaten Garut dan Kabupaten Maros. Kader ditargetkan untuk bisa melakukan kunjungan rumah dengan *coverage* 100% rumah tangga, dan kader melakukan penapisan untuk delapan aspek kesehatan. Di sisi lain, konsep pelaksanaan Posyandu Prima sudah terlebih dahulu dijalankan di Kota Surabaya yakni kader diminta melakukan pendataan dan pendampingan (melalui kunjungan rumah) kepada masyarakat yang kemudian dilaporkan melalui aplikasi yang telah terintegrasi di lingkungan Pemerintah Kota Surabaya, bernama "Sayang Warga". Adanya pelaksanaan ILP dengan aplikasi yang harus diinput oleh kader membuat kader harus melakukan penginputan secara berkali-kali, sehingga hal ini disampaikan bahwa kegiatan layanan kesehatan di Surabaya harus menyesuaikan dengan konsep Posyandu Prima.

Menariknya, di wilayah yang ruang lingkup kerja kadernya sudah lebih daripada yang ada di konsep Posyandu Prima, misalnya Kota Surabaya, malah merasa kesulitan menyesuaikan diri.

Implementasi ILP mengharuskan tenaga kesehatan dan kader di Posyandu untuk menguasai pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang lebih kompleks dari sebelumnya. Bidan desa dan kader Posyandu yang selama bertahun-tahun bekerja untuk kesehatan ibu dan anak sekarang juga harus bisa menguasai ilmu penapisan TB, lansia, penyakit tidak menular, dan lain-lain. Demikian pula untuk sebaliknya, misalnya kader yang biasa melakukan surveilans jentik nyamuk, atau malaria, harus dapat menguasai pengukuran antropometri bayi dan anak. Para tenaga kesehatan dan kader merasa membutuhkan pelatihan lebih dan dengan frekuensi yang sering. Pemberian umpan balik dari hasil kerja juga perlu diberikan untuk dapat memastikan data yang dikumpulkan berkualitas.

Inisiasi program Posyandu Prima sebaiknya mengingat bahwa setiap daerah memiliki kapasitas sumber daya dan kebutuhan yang berbeda. Oleh karena itu, kebijakan operasional Posyandu Prima harus dapat memfasilitasi dan mengakomodasi perbedaan antar daerah tersebut. Transisi sistem lama ke sistem baru juga memerlukan waktu yang lama, dan hal ini harus berjalan tanpa mengurangi dan menghalangi layanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat. Proses pengusulan dan piloting Posyandu Prima terkesan terburu-buru dan kurang menampung aspirasi, keluhan akan tantangan, dan saran dari SDM penyelenggara di daerah. Menurut diskusi yang dilakukan CISDI dengan para pemangku kepentingan terkait, proses penyusunan konsep Posyandu Prima dan *piloting* bersifat sentralistik dan menggunakan pendekatan *top-down*. Pemerintah Daerah kurang dilibatkan dalam penyusunan petunjuk teknis dan perencanaan proses *piloting*, daerah diharapkan dapat melaksanakan program sesuai yang ditetapkan Pemerintah Pusat. Hal ini kurang sesuai dengan praktik tata kelola baik (*good governance*) yang seharusnya partisipatif.

Posyandu Prima juga sebaiknya tidak menghilangkan fungsi Puskesmas Pembantu (Pustu) sebagai jejaring Puskesmas dalam memberikan layanan upaya kesehatan perorangan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas mendefinisikan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Faskes) untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Puskesmas memiliki mandat dan peran dalam melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Namun realitanya, puskesmas memiliki banyak keterbatasan untuk secara optimal menjalankan peran tersebut.

Kecenderungan yang terjadi sekarang adalah bergesernya fungsi dan mandat Puskesmas yang condong ke fungsi kuratif (pengobatan) dibanding upaya promotif dan preventif kesehatan masyarakat (Katadata, 2021). Pada kenaikan kasus COVID-19 contohnya, puskesmas justru kewalahan dan tidak dapat secara optimal menjalankan perannya untuk dapat melakukan upaya surveilans, respon penanganan dan juga pencegahan secara cepat dan terjangkau oleh masyarakat. Pada awal pandemi terjadi penurunan layanan esensial kesehatan hingga lebih dari 75% posyandu tidak melakukan pelayanan dan lebih dari 41% kunjungan rumah terhenti dan sebagian besar puskesmas melaporkan kurang dari 10% pelayanan yang terganggu kelangsungannya (Kemenkes, 2022). *World Bank* (2018) menemukan bahwa dalam situasi normal saja, kapasitas puskesmas belum cukup mumpuni untuk memastikan perannya optimal.

Pergeseran orientasi puskesmas pada pendekatan kuratif dipengaruhi pula oleh mekanisme pembiayaan dan penyaluran dana yang tidak memadai. Mekanisme yang tersedia menghambat pembelanjaan yang ada dikarenakan ketiadaan fleksibilitas bagi puskesmas untuk memanfaatkan anggaran biaya operasional (Kemenkes, 2022). Bila ditelaah lebih jauh, sumber pembiayaan puskesmas sangat bergantung pada sistem pembayaran kapitasi yang berasal dari BPJS Kesehatan, terlebih setelah pandemi COVID-19 berlangsung (Kemenkes, 2022). Akibatnya, anggaran puskesmas lebih banyak dimanfaatkan untuk pelaksanaan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

yang lebih bersifat kuratif, dibandingkan dengan fungsi utamanya sebagai koordinator layanan kesehatan masyarakat dengan cakupan kewilayahan yang berorientasi pada pendekatan preventif dan promotif.

Pemerintah mewacanakan untuk mengutamakan upaya promotif dan preventif dan tidak lagi kuratif (Pos Flores, 2022). Meski belum terlalu jelas secara operasional rencana tersebut, wacana tersebut menunjukkan kesalahan berpikir pemerintah bahwa di tingkat primer masyarakat hanya membutuhkan terutama layanan kesehatan promotif dan preventif, padahal yang dibutuhkan masyarakat adalah layanan yang komprehensif (CISDI, 2022). Selain menyalahi mandat, hal ini juga akan berimplikasi pada beberapa hal, seperti:

- Semakin terbatasnya layanan kuratif di tingkat primer dan komunitas, terutama di daerah-daerah dengan akses terbatas
- Semakin terfragmentasinya layanan kesehatan primer publik dan swasta karena pembedaan dan dikotomi layanan

Peralihan ini bukan berarti pemerintah memiliki tanggung jawab lebih ringan untuk menciptakan lingkungan dan kebijakan yang mendukung optimalnya kesehatan warga Indonesia. Masyarakat yang sehat dan berdaya bukan lahir hanya dari edukasi dan upaya preventif dan promotif kesehatan, tapi terutama ketersediaan lingkungan dan kebijakan yang berorientasi pada pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Integrasi layanan primer yang ideal adalah integrasi antara UKP dan UKM, bukan mendorong hanya salah satu pendekatan.

Reformasi Pembiayaan Kesehatan

Center for Global Development (2023) melalui dokumen *The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crisis* menyebutkan bahwa tren positif peningkatan postur pembiayaan sektor kesehatan di semua kelompok ekonomi negara diproyeksikan sulit berlanjut pada tahun anggaran 2023. Kombinasi antara perlambatan ekonomi global disertai dengan kenaikan suku bunga menekan kapasitas fiskal negara di seluruh dunia (CFGD, 2023). Situasi diperparah dengan tren *supply shock* sepanjang tahun 2022 yang tidak segera diantisipasi berhasil memicu tekanan inflasi. Adapun salah satu implikasinya menurut *World Bank* ialah kontraksi pembiayaan kesehatan. *World Bank* (2022) telah mengidentifikasi 41 negara berpenghasilan rendah-menengah dan rendah akan memiliki postur anggaran yang lebih rendah dari periode COVID-19 hingga tahun 2027 mendatang. Dikhawatirkan tren tersebut dapat memicu pemulihan sektor kesehatan yang tidak optimal, khususnya dalam mendorong kapasitas *service delivery*, perluasan akses kesehatan, hingga *equity* (World Bank, 2022). Situasi ini akan membuat negara berisiko tidak mampu memperkuat kapasitas dan meningkatkan ketahanan sistem kesehatan nasional.

Dalam konteks nasional, Indonesia dinilai sedikit beruntung dikarenakan tren surplus perdagangan sepanjang tahun 2022 dapat menutupi risiko guncangan ekonomi akibat penurunan daya beli domestik. Akan tetapi, menghadapi tahun anggaran yang penuh ketidakpastian, konsolidasi fiskal menjadi opsi kebijakan yang paling rasional bagi negara

(LPEM UI, 2022). Sektor kesehatan menjadi salah satu yang terdampak, diakibatkan adanya realokasi anggaran pengaman sektor kesehatan untuk COVID-19 pada sektor produktif lainnya.

Meski begitu, Kementerian Kesehatan mengklaim anggaran reguler kesehatan (tanpa PEN) tetap naik secara absolut dibandingkan tahun anggaran 2022. Upaya yang tentu saja layak untuk diapresiasi. Akan tetapi, tugas semua pihak berikutnya ialah memikirkan bagaimana postur pembiayaan kesehatan nasional secara proporsi dapat mengalami kenaikan secara gradual, sehingga kenaikan berorientasi pada penguatan kapasitas kesiapsiagaan dan pencegahan dan tidak hanya bersifat reaktif. Hal ini sejalan dengan rekomendasi Pusjak PDK Kementerian Kesehatan yang menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan harus naik secara konsisten untuk mendukung penguatan layanan kesehatan primer. Untuk mencapai hal tersebut, setidaknya diperlukan beberapa strategi, baik yang berorientasi pada kualitas alokasi maupun peningkatan postur pembiayaan.

Terkait kualitas alokasi, Pemerintah perlu segera menyusun analisis kualitas belanja kesehatan meliputi aspek efektivitas, ekuitas, dan efisiensi. Selain itu, analisis mengenai kebutuhan layanan (*health needs assessment*) juga harus segera dilakukan dan disesuaikan dengan pilar transformasi kesehatan, khususnya pada layanan kesehatan primer. Sebagai catatan, *National Health Account 2020-2021* menyebutkan pembiayaan kesehatan masih didominasi oleh belanja Rumah Sakit sebesar Rp. 347,2 T atau sekitar 50,90% dari total belanja kesehatan. Angka ini lebih besar dari sediaan pembiayaan untuk FKTP yang hanya sebesar 147,3 T atau sekitar 21,59% dari total belanja kesehatan (Kemenkes, 2022). Dengan dilakukannya *health needs assessment*, pemerintah dapat memiliki rujukan teknis yang memungkinkan belanja kesehatan dilakukan dengan pendekatan yang efisien, alokatif, dan teknis, yang disesuaikan pula dengan prioritas pembangunan kesehatan. Pendekatan ini dapat dilakukan apabila Pemerintah ingin meningkatkan proporsi belanja untuk Layanan Kesehatan Primer (LKP) dengan mengevaluasi secara keseluruhan kebutuhan LKP pasca pandemi. Dengan demikian, pemerintah dapat melakukan penyesuaian kebutuhan anggaran sekaligus meningkatkan kualitas alokasinya di tengah tantangan multidimensional, seperti ketahanan kesehatan hingga perlambatan ekonomi global.

Berikutnya terkait dengan besaran pembiayaan akan dikaji melalui dua level analisis, yakni pemerintah pusat dan daerah. Pada level pemerintah daerah, satu tantangan yang telah teridentifikasi adalah tingginya ketergantungan Pemerintah Daerah terhadap dana transfer Pemerintah Pusat untuk pembangunan kesehatan. Laporan Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran kesehatan daerah untuk layanan kesehatan primer bergantung pada sistem pembayaran kapitasi (Kemenkes, 2022). Sementara pemerintah daerah tidak memprioritaskan penguatan layanan kesehatan primer dalam alokasi anggaran yang bersumber dari pendapatan asli daerah. Selain itu, realisasi anggaran kesehatan di daerah juga masih belum optimal. Profil Kesehatan 2021 mencatat realisasi anggaran dekonsentrasi Kementerian Kesehatan menurut provinsi pada tahun anggaran 2021 adalah sebesar 85,53% dengan realisasi angka tertinggi oleh Provinsi Sulawesi Tengah (97,6%) dan realisasi terendah oleh Jawa Barat 48,1%). Sedangkan untuk Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik



pada tahun 2021 secara nasional memiliki rata-rata sebesar 36,7% dengan DKI Jakarta sebagai provinsi dengan realisasi tertinggi (81,6%) dan realisasi terendah adalah Provinsi Papua Barat (10,5%). Sementara itu untuk DAK non fisik, secara nasional hanya merealisasikan 34,5% dengan realisasi tertinggi oleh Nusa Tenggara Barat (56,7%) dan terendah oleh Provinsi Maluku (16,3%) (Kemenkes, 2022).

Mekanisme pembiayaan dan penyaluran yang tersedia, serta tidak adanya fleksibilitas dalam pemanfaatan anggaran disinyalir menjadi faktor terbatasnya realisasi anggaran kesehatan oleh Pemerintah Daerah, utamanya untuk mendukung inovasi daerah dalam rangka penguatan layanan kesehatan primer (Kemenkes, 2022). Selain itu, minimnya pengetahuan dan pemahaman aparatatur daerah mengenai apa saja layanan yang harus didukung dengan APBD-PAD, membuat Pemerintah Daerah kesulitan untuk menentukan prioritas alokasi yang akan disalurkan insentif bersumber dari pendapatan asli daerah. Di luar ketergantungan daerah akan transfer pusat serta realisasi anggaran kesehatan yang kurang optimal, tantangan pemerintah daerah untuk tata kelola pembiayaan kesehatan pada layanan kesehatan primer berpotensi dipicu oleh ketidakpastian regulasi mengenai kebijakan integrasi layanan primer / posyandu prima.

Pada level Pemerintah Pusat, pemerintah harus secara konsisten meningkatkan komponen belanja publik, serta meminimalisir belanja kesehatan *out-of-pocket*. CISDI menyadari timpangnya pendapatan asli daerah di tingkat sub-nasional, membuat PAD tidak dapat menjadi satu satunya peluru perak untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan di daerah. Penguatan postur pembiayaan kesehatan merupakan hal yang mutlak apabila penguatan layanan kesehatan primer ingin dilakukan. Tidak hanya postur pembiayaan yang naik secara gradual, Pemerintah Pusat perlu meningkatkan sinergi serta sinkronisasi perencanaan dan penganggaran demi meningkatkan kualitas alokasi anggaran kesehatan. Hal ini juga tidak terlepas dari masih tingginya ketergantungan Pemerintah Daerah terhadap dana transfer pusat dalam rangka pembangunan kesehatan di daerah.

Di luar pembiayaan yang berasal dari skema APBN, CISDI mendorong agar pemerintah turut memperluas kemitraan, menerapkan *innovative financing* seperti: *debt swap (Debt2Health)*, memastikan potensi perluasan sumber anggaran alternatif melalui multilateral development bank untuk mengisi risiko kesenjangan fiskal. Upaya tersebut dapat dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya penyesuaian fiskal yang bersifat *counter-cyclical*, guna mereduksi terhambatnya pembangunan kesehatan, khususnya pada penguatan layanan kesehatan primer. Keberadaan *Pandemic Fund* sebagai salah satu sumber pembiayaan baru juga harus dimanfaatkan untuk memperkuat layanan kesehatan primer. Caranya dengan menempatkan komponen penguatan PHC dalam pengajuan proposal pembiayaan, mulai dari penguatan kapasitas tenaga kesehatan, hingga infrastruktur dasar yang sudah diprioritaskan oleh *Pandemic Fund (Pandemic Fund, 2022)*.

Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi instrumen bagi negara untuk memastikan warga negara Indonesia mendapatkan akses ke layanan kesehatan berkualitas tanpa



halangan finansial. JKN menjadi komponen penting dalam sistem kesehatan nasional. Pandemi COVID-19 berhasil menjadi momentum yang menunjukkan betapa pentingnya akses kesehatan yang berkeadilan. Memasuki tahun kesembilan JKN, masih banyak ruang perbaikan perlu dilakukan untuk memastikan tercapainya cakupan kesehatan semesta.

Reformasi JKN diharapkan tidak lagi berkuat pada tarif layanan JKN semata, melainkan juga menyentuh persoalan tata kelola data, serta *quality of care* yang nantinya akan berdampak langsung pada penguatan layanan kesehatan primer. Penerjemahan penguatan JKN saat ini sudah menyentuh perubahan tarif layanan sebagaimana yang tercantum dalam Permenkes 3/2023 mengenai standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN. Namun juga terdapat wacana soal pembedaan antara “BPJS miskin” dan “BPJS kaya” (Antara, 2022). Identy adalah dengan mengintegrasikan BPJS kesehatan dengan asuransi swasta sehingga pembiayaan BPJS Kesehatan dapat berfokus pada masyarakat tidak mampu. Hal ini dilatarbelakangi pemahaman bahwa peserta dengan kategori masyarakat mampu atau kaya raya bukanlah sasaran dari BPJS Kesehatan.

Dalam diskursus Jaminan Kesehatan Semesta, terminologi “BPJS Miskin dan Kaya” identik dengan skenario *pooling*⁹. Adapun terminologi tersebut merefleksikan skema *multi-pooling* yang didasarkan pada segmentasi populasi (*Population segmentation approach*). Inke Mathauer et.al (2019) menjelaskan pendekatan segmentasi populasi dilatarbelakangi oleh keinginan untuk meningkatkan efisiensi jaminan kesehatan guna meminimalisir risiko defisit akibat distribusi manfaat pada kelompok yang tidak tepat sasaran. Akan tetapi, sejumlah studi menunjukkan pengaplikasian pendekatan segmentasi populasi justru berisiko meningkatkan ketidakadilan dan ketidaksetaraan. Hal ini disebabkan oleh timpangnya kemampuan dan keinginan membayar per kapita penerima manfaat pada kuantil satu dan dua, berdampak pada *pool* pembiayaan yang tidak berkelanjutan (Jakab M, 2009; Kutzin J et.al, 2010; WHO, 2018; Mathauer, 2019).

Dalam konteks JKN, identy adalah menjadikan kelompok ekonomi kuintil satu, dua (atau kategori “kurang mampu”) melalui skema BPJS dengan kelompok ekonomi kuintil tiga, empat, dan lima (atau kategori “mampu” dan “kaya”) yang nantinya diarahkan pada asuransi swasta. Selain resiko *Inequity*, Pembedaan *pool* ini berisiko berdampak pada dua hal, yakni risiko tidak berkelanjutannya sumber pembiayaan akibat penyesuaian tarif yang mempengaruhi *willingness to pay* para peserta JKN, serta potensi meningkatnya “*the missing middle*”, akibat besarnya biaya yang diampu apabila migrasi asuransi swasta terjadi.

Fuady (2022) menjelaskan kelas menengah yang mengisi kuantil tiga ekonomi memiliki kemampuan sendiri untuk membiayai ongkos pengobatan akut hingga dapat

⁹ Manajemen pengelolaan sumber daya keuangan kesehatan pra-bayar mencakup sebagian atau seluruh populasi dalam sebuah negara (World Bank, 2022)



beberapa kali mengakses dokter spesialis atau rumah sakit yang mahal. Akan tetapi, ketika harus dihadapkan dengan penyakit kronis dan mahal, maka mereka akan bertumpu pada BPJS Kesehatan / JKN (Fuady, 2022). Jika kelompok ini dipaksa beralih ke asuransi swasta, maka mereka harus membayar biaya 8-10 kali lipatnya, yang mana risiko pengeluaran kelompok ini juga akan membengkak. Situasi ini dapat mendorong dua hal, yaitu menurunnya keinginan untuk mengakses jaminan kesehatan serta risiko *fraud* administrasi akibat bertahannya kelas menengah untuk mengakses JKN.

Pendekatan ini belum tentu menjamin perbaikan neraca BPJS Kesehatan dan berisiko mengulang kesalahan maladministrasi di masa lampau. Lantas, apa yang bisa kita lakukan untuk mereformasi JKN secara optimal. CISDI (2021) melalui dokumen *Foresight JKN* menekankan tiga isu utama yang harus segera diatasi, yakni: (1) Tingkat efisiensi JKN, (2) Kualitas layanan, serta (3) Akuntabilitas dalam tata kelola JKN. Terkait dengan efisiensi JKN, sejauh ini pemerintah sudah melakukan penyesuaian tarif kapitasi dan *Indonesia Case Based Group* (INA-CBG) melalui Permenkes 3/2023 dengan diputuskannya kenaikan tarif kapitasi. Meski masih menggunakan tinjauan *supply side*, perkembangan ini layak diapresiasi. Akan tetapi, peningkatan kapitasi saja tidak cukup untuk memperbaiki efisiensi JKN. CISDI mendorong agar pemerintah menghubungkan *Health Technology Assessment* dengan proses revisi penentuan paket benefit (CISDI, 2021). Selain itu, perbaikan tata kelola data melalui penguatan akurasi *clinical coding*, verifikasi klaim, hingga deteksi penipuan (*fraud*) diperlukan untuk meminimalisir inefisiensi pada pengeluaran JKN.

Harapannya tata kelola JKN di masa mendatang sudah mengacu pada penyesuaian risiko (*risk adjusted capitation*) meski perlu melalui beberapa jalan panjang, khususnya optimalisasi data JKN untuk penentuan tarif dasar, paket manfaat, didasarkan pada penyesuaian risiko. Dalam dimensi kualitas layanan, Pemerintah perlu segera mengembangkan *clinical pathways of care* (jalur perawatan/jalur klinis) guna meningkatkan akuntabilitas dalam proses pemberian layanan, sekaligus meningkatkan kompetensi penyedia layanan yang terstandarisasi (CISDI, 2022). Pengembangan *clinical pathways of care* ini juga dibutuhkan agar BPJS Kesehatan dapat mengembangkan protokol monitoring kepatuhan berdasarkan jalur perawatan/jalur klinis yang sudah disepakati bersama yang nantinya dapat meminimalisir risiko *fraud* serta mendorong proses audit yang lebih *prudent*.

Terkait dengan akuntabilitas tata kelola, Pemerintah perlu segera membenahi roadmap integrasi data JKN. Upaya Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan yang memprioritaskan interkoneksi data pada tahun ini layak diapresiasi. Lebih dari itu, adanya acuan definisi operasional, didukung dengan penetapan standar bagi pakai juga perlu segera dikembangkan guna dimungkinkannya interoperabilitas data lintas sektor tersebut. Perbaikan tata kelola data JKN juga diharapkan dapat didukung dengan pengembangan KPI disertai *dashboard* yang memungkinkan semua

pemangku kebijakan dapat mengambil *insight* dari data JKN, baik untuk monitoring evaluasi hingga pengembangan kebijakan JKN ke depannya.

Reformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

Untuk mewujudkan transformasi layanan kesehatan primer, tentu dibutuhkan tenaga kesehatan dengan kuantitas dan kualitas yang memadai di tingkat FKTP. Kunci keberhasilan transformasi layanan kesehatan primer adalah tercukupinya jumlah SDM yang bermutu. Pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 menyatakan bahwa setiap Puskesmas harus memiliki minimal 9 jenis tenaga kesehatan yaitu dokter umum atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, tenaga sanitasi lingkungan, nutrisionis, tenaga apoteker atau kefarmasian, dan ahli teknologi laboratorium medik. Selain tenaga kesehatan, tenaga non-kesehatan yang mendukung kegiatan tata usaha, administrasi keuangan, sistem informasi dan kegiatan operasional lain juga dibutuhkan.

Berdasarkan laporan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021, masih ada 54,45% puskesmas yang belum memiliki 9 jenis tenaga kesehatan lengkap dan 6,47% puskesmas belum memiliki dokter (Kemenkes, 2022). Kekurangan dokter di Puskesmas telah menjadi permasalahan kronik, sempat ada usulan bahwa Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (Sp. KKLK) menjadi solusi akan kekosongan yang ada. Meskipun secara konsep sudah tepat dan jenjang Sp. KKLK dapat menjadi insentif agar dokter ingin bekerja di Puskesmas, perlu diadakan analisis ulang akan kompetensi Sp. KKLK agar kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan lanjutan dapat menjadi peningkatan kompetensi dokter umum. Namun, dari segi insentif pun harga jasa dokter umum dan Sp. KKLK dihargai relatif sama di tingkat layanan.

Untuk meningkatkan jumlah dokter dan SDM kesehatan (SDMK) lainnya, Kementerian Kesehatan menyebutkan akan melakukan upaya strategi transformasi berupa pemenuhan SDM kesehatan yang kompeten secara merata secara kuantitas dan kualitas di seluruh Indonesia melalui: 1) penyediaan akses pelatihan terakreditasi, 2) pengembangan sistem pendidikan dan pelatihan, 3) pengelolaan jabatan fungsional dan pengembangan karier tenaga kesehatan. Selain itu, sebagai salah satu strategi nasional untuk menguatkan sistem kesehatan, Kementerian Kesehatan juga menyatakan diperlukan perluasan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan dasar seperti promosi kesehatan dan perawat komunitas (Kemenkes, 2022). Akan tetapi bagaimana penyediaan akses pendidikan dan pelatihan serta apakah ada perubahan pada kompetensi yang seharusnya diraih masih belum jelas.

Salah satu komponen esensial dalam reformasi SKN adalah reformasi pada SDMK. Tanpa reformasi pengadaan, penempatan, dan perbaikan ekosistem pekerjaan SDMK maka reformasi SKN dan transformasi layanan kesehatan primer tidak akan optimal. Untuk mencapai *universal health coverage*, WHO (2020) melalui *Global Strategy of Health Workforce 2030* merekomendasikan setiap negara untuk memiliki regulasi terkait SDMK yang mencakup:

- regulasi produksi: pendidikan dan pelatihan SDMK



- regulasi alur masuk dan keluar kerja: membangun permintaan untuk SDM terutama di daerah, mengatur alur SDM dari dalam dan luar negeri
- regulasi yang mengatasi maldistribusi: mengatur ekosistem kerja di daerah untuk meningkatkan retensi
- regulasi yang mengatur pihak swasta: mengatur SDM yang praktek di lebih dari satu tempat

Saat ini terkait rencana transformasi yang dicanangkan Kementerian Kesehatan belum ada rencana pengelolaan SDM yang komprehensif mulai dari pendidikan hingga penempatan untuk memastikan ketersediaan SDM dari segi kuantitas dan kualitas secara berkelanjutan. Sebelumnya pada kajian *foresight* layanan kesehatan primer, CISDI mengusulkan bahwa untuk terjadi reformasi, maka Kementerian Kesehatan perlu bekerjasama dengan institusi pendidikan, dan sebaiknya mulai ada pembangunan klinik pratama pendidikan. Hal ini karena banyak SDM yang lebih banyak mendapatkan pelatihan di fasilitas kesehatan rujukan dan spesialis, dan tidak mengerti kondisi di lapangan layanan kesehatan primer.

Regulasi dan kebijakan selama ini terkait penempatan SDM juga perlu ditinjau ulang, terutama apakah standar penempatan yang dimiliki Kementerian Kesehatan sesuai dengan target transformasi. Selama ini SDM yang jumlah dan kemampuannya terbatas di daerah dituntut untuk melakukan berbagai program, baik UKP dan UKM, yang akibatnya upaya yang diberikan tidak maksimal. Perlu dipertimbangkan apakah sebaiknya penempatan disesuaikan kebutuhan UKP dan UKM tiap daerah. Selama ini upaya regulasi pemerataan penempatan SDM masih bersifat sporadis atau parsial, dan beberapa diinisiasi oleh organisasi masyarakat sipil atau pemerintah daerah, contohnya program Pencerah Nusantara, PN-PRIMA, PN-COVID-19 dan PUSPA. Untuk memastikan kebutuhan yang merata, perlu dipertimbangkan lagi apakah regulasi yang ada sudah dapat menciptakan ekosistem kerja yang menunjang para SDM untuk bekerja di daerah secara berkelanjutan. Regulasi yang dimaksud bukan hanya regulasi penempatan melalui Perda atau Kementerian Kesehatan, tetapi juga regulasi terkait perbaikan infrastruktur daerah kerja, akses ke fasilitas penunjang (i.e. sekolah, layanan kesehatan, tempat tinggal yang baik dan lainnya), dan kebutuhan dasar lainnya.

Kader: Bagian SDM Kesehatan?

Selain 9 jenis tenaga kesehatan yang telah disebutkan, salah satu jenis tenaga yang berperan besar dalam layanan primer adalah kader kesehatan di tingkat komunitas (i.e. dusun/desa/RT/RW). Dalam rancangan integrasi layanan primer dengan pembentukan posyandu prima, kader memiliki banyak peran seperti melakukan edukasi, kunjungan rumah, deteksi dini, surveilans, termasuk pencarian kasus. Namun, posisi dan peran kader dalam SKN belum secara formal ditempatkan dan diapresiasi secara tepat.

Kader bukan termasuk salah satu jenis tenaga kesehatan berdasarkan UU 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Perdebatan mengenai siapa yang memiliki wewenang dan membiayai kader juga mewarnai kerumitan pengelolaan kader. Wewenang utama masih di bawah pengelolaan pemerintah daerah dan Kementerian Dalam Negeri. Dari

aspek kesehatan, peran kader dan kewajiban pemerintah dalam membina kader dijabarkan lebih detail dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019.

Untuk itu, pada rancangan transformasi sumber daya manusia kesehatan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan mengenai peningkatan kapasitas, kuantitas, dan kualitas SDM yang difokuskan tidak mencakup kader kesehatan. Agar kader dapat memberikan pelayanan yang lebih optimal dan juga terlindungi haknya, dibutuhkan regulasi yang lebih jelas dan pelembagaan kader sebagai tenaga kesehatan. Hal ini memerlukan koordinasi lintas sektor baik secara horizontal maupun vertikal yang lebih baik.

Pelembagaan kader sebaiknya tetap dilakukan terkait apakah Posyandu Prima akan menjadi program atau lembaga yang *sustainable* atau tidak. Hal ini dikarenakan rasio tenaga kesehatan di Indonesia yang masih kurang dan disparitas akses terutama pada daerah tertinggal, terdepan, terluar (3T). Kader kesehatan mampu dengan cepat memobilisasi dan menyentuh kelompok rentan di komunitas. Gerakan pelembagaan kader 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. Pemerintah juga dapat menetapkan standar performa untuk kader terkait remunerasi. 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.

Selain pengembangan institusi pendidikan dan pelembagaan kader sebagai bagian SDM, transformasi layanan primer juga berjalan bersamaan dengan transformasi digital kesehatan. Sebagai upaya pemerintah untuk menyatukan data dan meningkatkan layanan kesehatan digital, SDM Puskesmas harus dipastikan mendapat pelatihan literasi digital dan mempromosikan inklusi digital. SDM didorong untuk **mempromosikan praktik baik inklusi digital**, melanjutkan kolaborasi dengan KemenPPPA dalam mengembangkan puskesmas ramah anak, dan bekerja sama dengan mitra pembangunan dalam mendorong penggunaan teknologi digital. Perlu juga dikembangkan kapasitas dan materi pelatihan literasi digital kesehatan untuk semua SDM dan komunitas masyarakat; **memberikan pelatihan tentang inklusi digital kesehatan**; bekerja sama dengan mitra pembangunan dalam penyusunan kriteria teknis dan kualitas materi/konten digital yang akan disampaikan ke masyarakat.



Bab V

Prioritas Transformasi: Sistem Kesehatan Digital

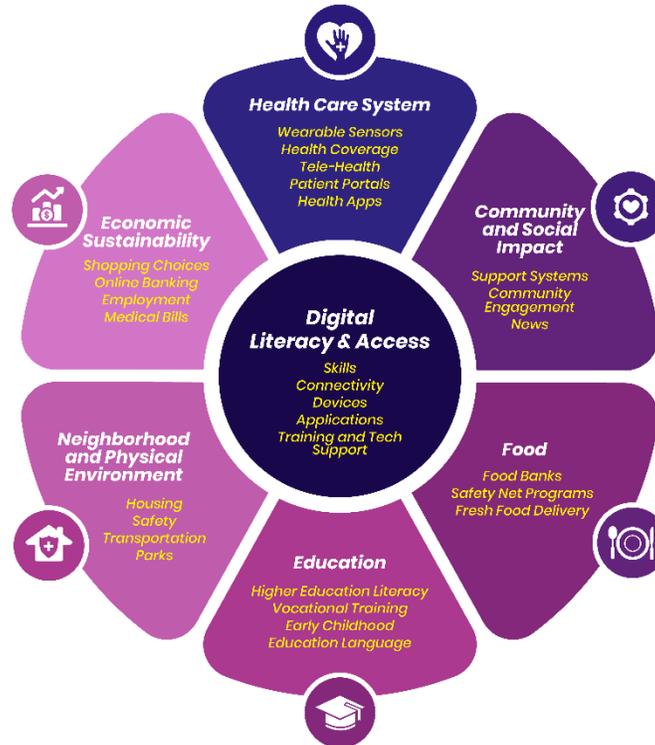
“When automated decision-making tools are not built to explicitly dismantle structural inequities, their speed and scale intensify them”

-Virginia Eubanks-

Bab ini akan secara khusus membahas situasi terkini, tren, serta potensi maupun risiko yang mungkin terjadi di tahun 2023 dan lebih pada salah satu prioritas transformasi pembangunan kesehatan Indonesia, yaitu cetak biru dan rencana perubahan menuju kesehatan digital. Strategi transformasi digital kesehatan merupakan wujud implementasi dari visi Kemenkes RI untuk melakukan digitalisasi sektor kesehatan, mulai dari fase awal kehidupan dalam kandungan hingga pelayanan kesehatan terpadu bagi lansia.

Namun demikian, masih terdapat banyak tantangan untuk mewujudkan transformasi digital kesehatan yang berprinsip keadilan, tanpa meninggalkan satu orang pun di belakang. Aspek **inklusi sosial dan digital** perlu menjadi pertimbangan utama dalam setiap pengambilan kebijakan terkait transformasi digital kesehatan. Kelompok masyarakat seperti perempuan dan anak perempuan, anak-anak, remaja, orang dengan disabilitas, masyarakat adat atau tinggal di daerah remote, dan lansia perlu mendapat perhatian lebih atas kebutuhan mereka agar tidak tereksklusi dari transformasi layanan (ITU-D, 2021).

Agenda transformasi digital kesehatan membawa konsekuensi menguatnya kebutuhan dan ketergantungan terhadap perangkat digital, yang mana hal ini akan berpotensi meningkatkan kesenjangan antara mereka yang memiliki keterampilan dan akses ke perangkat digital dan mereka yang tidak memilikinya. Sieck et al (2021) menyebut **literasi digital dan konektivitas internet** sebagai “*super social determinants of health*”, karena menjadi penentu bagi determinan sosial kesehatan lain seperti pendidikan, ekonomi, dan lingkungan fisik.



Gambar 10. Literasi dan Akses Digital sebagai Super Social Determinants of Health (Sieck et al, 2021).

4.1 Kondisi Terkini Transformasi Digital Kesehatan Indonesia

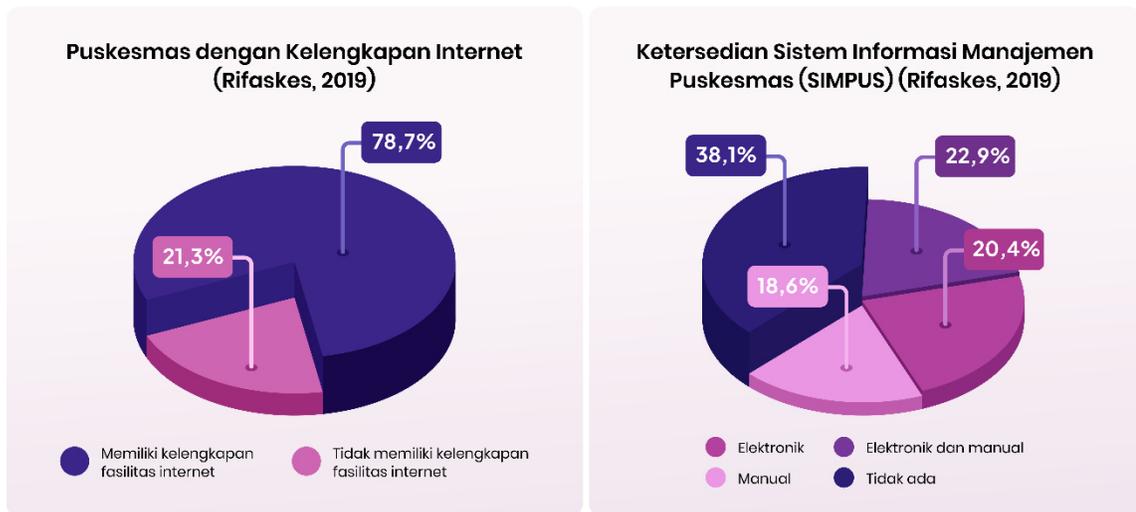
a. Infrastruktur Fisik

Data menunjukkan bahwa masih banyaknya pekerjaan rumah serta tantangan yang menanti dalam mewujudkan ambisi transformasi kesehatan digital di Indonesia. Mulai dari ketersediaan infrastruktur pendukung, kapasitas layanan kesehatan, data yang terfragmentasi, hingga keterbatasan regulasi. Penyediaan infrastruktur fisik penunjang ini bukan hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, namun juga bergantung pada komitmen dan pembiayaan di sektor lain, seperti telekomunikasi dan pasokan listrik.

Belum meratanya akses infrastruktur telekomunikasi dan informasi sebagai penunjang layanan kesehatan. Kementerian Komunikasi dan Informatika (Kominfo) sejak tahun 2017 telah menginisiasi adanya Balai Aksesibilitas Telekomunikasi dan Informasi (BAKTI). BAKTI Kominfo merupakan lembaga khusus yang bertugas dalam melaksanakan pengelolaan pembiayaan Kewajiban Pelayanan Universal serta penyediaan infrastruktur layanan telekomunikasi dan informatika, termasuk di dalamnya untuk menunjang sektor kesehatan. Namun demikian, permasalahan seperti kurangnya upaya pemeliharaan terhadap program desa yang terkoneksi jaringan internet masih diakui terjadi di berbagai daerah. Selain itu, kasus korupsi yang menyeret Direktur Utama BAKTI Kominfo dan beberapa pihak lain menunjukkan bahwa upaya pemenuhan akses layanan universal dalam penyediaan infrastruktur telekomunikasi

dan informatika saat ini dikelola secara tidak transparan dan rawan penyelewengan (Katadata, 2023).

Masih banyak desa yang belum terjangkau oleh jaringan internet. Hingga tahun 2022, tercatat masih ada 12.548 desa (15,4%) dari 81.616 desa di Indonesia yang belum tersentuh jaringan internet. Sebagian di antaranya padahal bukan termasuk wilayah 3T (tertinggal, terdepan, terluar), melainkan wilayah komersil yang masih dalam cakupan wilayah operasi dari operator seluler dan fiber optik (CNN Indonesia, 2022). Data Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII) juga menunjukkan bahwa masih terdapat 22 persen (sekitar 62 juta orang) populasi Indonesia yang belum terjangkau jaringan internet.

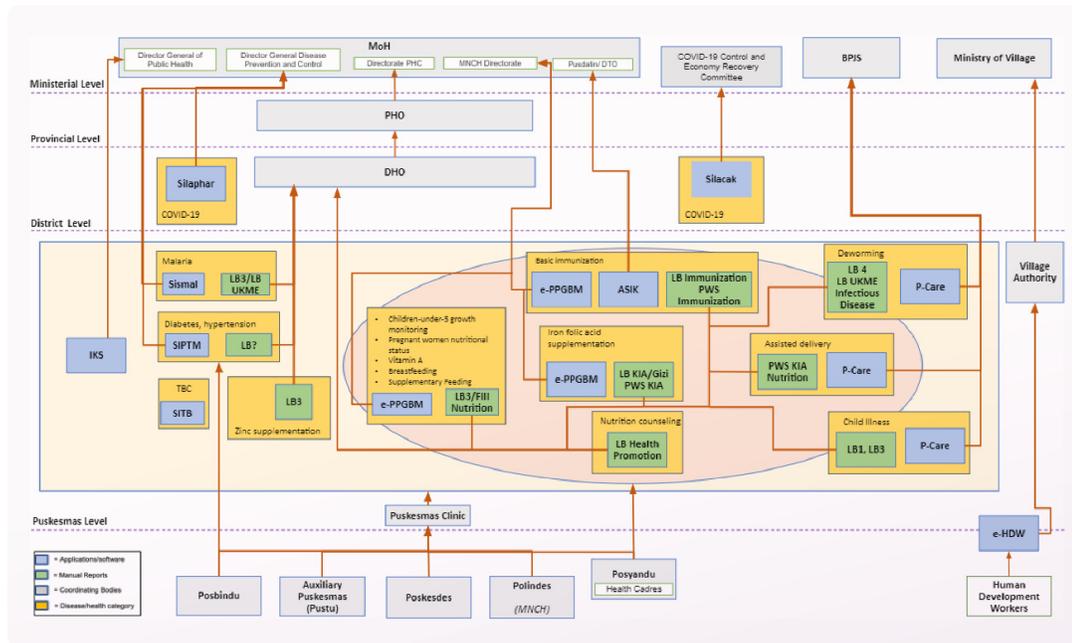


Gambar 11 dan 12. Kelengkapan Internet Puskesmas dan Ketersediaan SIMPUS (Rifaskes, 2019).

Kapasitas infrastruktur pendukung untuk mengakses layanan kesehatan primer di Indonesia masih timpang. Khusus di tingkat layanan kesehatan primer, data Rifaskes 2019 menunjukkan bahwa masih terdapat 21,3% atau 2.097 puskesmas di Indonesia yang belum memiliki alat kelengkapan internet; 23,8% atau 2.296 puskesmas memiliki daya listrik hanya di bawah 2.200VA; 25,9% atau 2.497 puskesmas tidak memiliki generator listrik; 38,1% atau 3.745 puskesmas tidak memiliki Sistem Pencatatan Manajemen Puskesmas (SIMPUS); dan 32,6% atau 3.208 puskesmas belum memiliki sistem terkomputerisasi dalam gedung. Dalam aspek jejaring, Rifaskes 2019 juga menunjukkan masih rendahnya tingkat konektivitas antara layanan primer dan rujukan. Tercatat hanya 64,9% puskesmas yang memiliki jejaring eksternal, seperti ke rumah sakit (33,1%), klinik pratama (36,2%), klinik utama (11,3%), apotek (29,5%), dan laboratorium klinik swasta (10,5%).

Di sisi lain, fragmentasi data kesehatan masih terjadi mulai dari tingkat layanan, kabupaten/kota, provinsi, hingga kementerian/lembaga pusat (Gambar 13). Sistem data dan informasi yang sebelumnya hanya berbasis penyakit dan belum terstandarisasi di berbagai aplikasi memunculkan sistem surveilans yang tidak *real*

time dan sangat terfragmentasi. Kemampuan deteksi dan respons kegawatdaruratan kesehatan menjadi kurang responsif, tidak ada pemantauan kesiapan faskes, jejaring laboratorium, SDMk, serta alkes dan obat.



Gambar 13. Fragmentasi Data Kesehatan dari Tingkat Layanan Hingga Kementerian/Lembaga (Sumber: diolah penulis)

Bicara Data Kesehatan dari Puskesmas

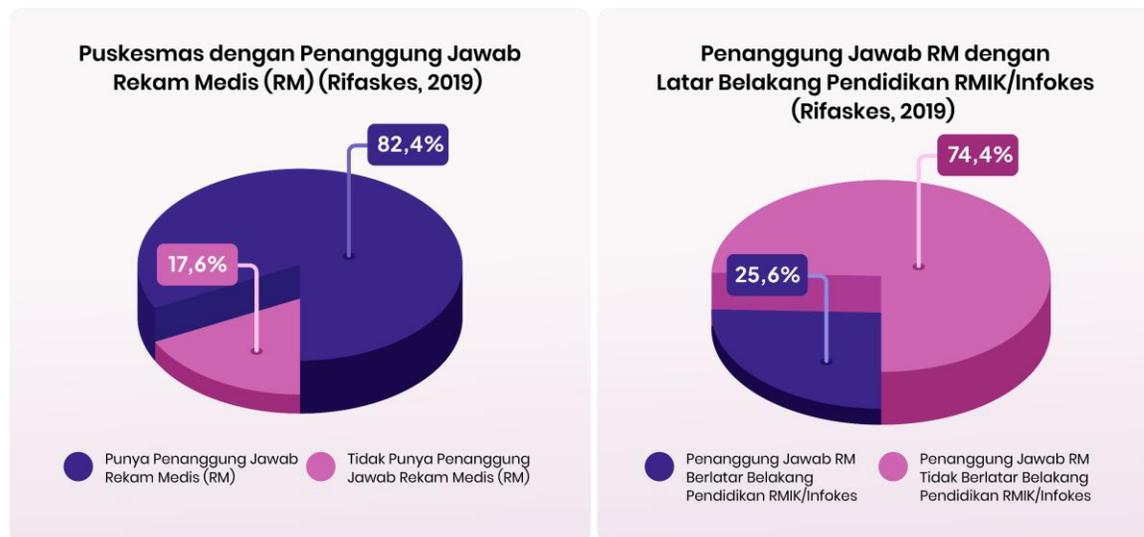
Contoh nyata dari dampak fragmentasi data kesehatan yang ditemukan di level Puskesmas adalah kebingungan dari tenaga kesehatan. Data program Penyakit Tidak Menular (PTM) sebelumnya dilaporkan pada Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SIPTM) melalui pengiriman versi *offline* (excel), ke Dinas Kesehatan Kab/Kota. Kemudian di pertengahan tahun 2022 pelatihan Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) dilakukan secara masif untuk tenaga kesehatan Puskesmas, yang mana fitur salah satu fitur pelaporannya adalah penapisan PTM. Namun, pada aplikasi ini belum memuat pelaporan yang berasal dari pelayanan dalam gedung atau data indikator standar pelayanan minimum (SPM) sehingga aplikasi ini belum dipakai sepenuhnya. Tenaga kesehatan Puskesmas melakukan pencatatan untuk kegiatan penapisan PTM di kedua sistem informasi tersebut, yakni SIPTM dan ASIK, hanya untuk satu program kesehatan. Praktik tersebut dilakukan karena tidak adanya arahan yang jelas instrumen mana yang harus digunakan, atau malah sebaliknya, adanya arahan untuk melakukan pencatatan dan pelaporan di kedua instrumen secara bersamaan. Tidak jarang kebingungan yang terjadi karena sistem informasi ganda menyebabkan ketidakpercayaan terhadap wawasan atau *insight* yang ditarik dari pelaporan-pelaporan itu sendiri.

Ketika membicarakan data atau informasi kesehatan di tingkat layanan primer, kader Posyandu dan kader kesehatan lainnya diberdayakan untuk melakukan pendataan di tingkat komunitas atau masyarakat. Baik manual maupun digital, fragmentasi data juga ditemukan pada kader kesehatan. Contohnya untuk program ibu dan anak, ada setidaknya dua metode pencatatan, yakni laporan manual register di Posyandu dan e-PPGBM untuk program gizi (aktif digunakan di beberapa tempat saja).

b. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Dalam aspek SDM kesehatan (SDMK), hasil Indeks KAMI (Keamanan Informasi) yang dirilis Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN) tahun 2020 menunjukkan bahwa **pengelola keamanan siber kesehatan di Indonesia umumnya adalah tenaga yang merangkap jabatan atau tugas lain, bahkan tenaga honorer**. Sebagian besar dari SDMK ini tidak memiliki kompetensi yang cukup dalam hal keamanan siber. Hal ini menjadi semakin mengkhawatirkan karena minimnya perhatian pucuk pimpinan institusi pusat maupun daerah dalam memberikan dukungan anggaran atau kesempatan peningkatan kompetensi di bidang keamanan siber.

Di tingkat hulu, hingga saat ini Indonesia masih mengalami keterbatasan dalam jumlah pilihan jurusan informatika kesehatan di perguruan tinggi dan akademi. Selain itu, kurikulum mengenai manajemen sistem informasi kesehatan juga masih perlu digencarkan pada seluruh program studi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Agenda transformasi digital kesehatan membawa konsekuensi akan semakin besarnya kebutuhan sumber daya manusia kesehatan yang cakap dalam memanfaatkan teknologi dan informasi. Prof dr. Kemal Nazaruddin Siregar, Guru Besar FKM UI dalam pidato pengukuhan menyatakan bahwa "penerapan Informatika Kesehatan untuk penguatan Sistem Kesehatan di Indonesia perlu secara konsisten dijalankan, antara lain mengejar ketertinggalan implementasi Sistem Informasi Kesehatan (SIK) berbasis elektronik, mewujudkan kebijakan Satu Data Kesehatan, dan lebih mendalami lagi penelitian dan pengembangan *Personalized Healthcare* dan *Artificial Intelligence* untuk bidang kesehatan di Indonesia" (Universitas Indonesia, 2022).



Gambar 14 dan 15. SDM Puskesmas dengan Penanggung Jawab RM dan Latar Belakang Pendidikan RMIK (Rifaskes, 2019).

Namun di sisi lain, data Rifaskes 2019 menunjukkan bahwa fasilitas layanan kesehatan primer saat ini masih kekurangan banyak SDM yang berlatar belakang pendidikan informatika kesehatan. Meskipun 82,4% puskesmas di Indonesia telah

memiliki penanggung jawab Rekam Medis (RM), tapi 74,4% di antaranya tidak memiliki latar belakang pendidikan Rekam Medis dan Informatika Kesehatan (RMIK) atau Informatika Kesehatan (Infokes). Tercatat hanya 216 dari 9.831 (2,19%) puskesmas di Indonesia yang memiliki tenaga kesehatan khusus di bidang Infokes. Tingkat penerapan sistem pencatatan Rekam Medis Elektronik nasional pun baru sebesar 8%, dengan 43% gabungan (elektronik dan manual), dan 49% sisanya manual. Ketimpangan kapasitas daerah dalam menerapkan Rekam Medis Elektronik juga ditunjukkan banyaknya (21 provinsi) daerah yang penerapan rekam medis elektroniknya berada di bawah angka rata-rata nasional (8 persen dari keseluruhan puskesmas).

c. Regulasi dan Kelembagaan

Secara umum, regulasi tata kelola data dan informasi sektor publik di Indonesia masih sangat sektoral, yakni pengelolaan data diatur sesuai dengan yurisdiksi dari instansi dan lembaga masing-masing sektor. Banyaknya regulasi yang mengatur tata kelola data dan informasi sektor publik ini disiasati oleh pemerintah dengan menerbitkan Perpres No. 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE) dan Perpres No. 39 Tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia (SDI). Kedua kebijakan ini diterbitkan dengan maksud untuk mengakselerasi pemerintahan berbasis elektronik dan integrasi data berbagai sektor, termasuk kesehatan. Permenkes 18/2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan juga telah diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai acuan untuk melaksanakan koordinasi lintas sektor dalam mengelola data dan informasi kesehatan. Namun demikian, masih terdapat celah dan tumpang tindih dari segi regulasi maupun tata kelola kelembagaan terkait hal ini.

Masih terdapat gap regulasi mengenai standar interoperabilitas data yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan dan tidak disebutkannya secara eksplisit Kementerian Kesehatan sebagai Pembina Data di Tingkat Pusat oleh Perpres SDI. Selain itu, Perpres 95/2018 (SPBE) dan Perpres 39/2019 (SDI) juga mengamanatkan kepada Kemenkominfo untuk membuat pengaturan mengenai standar interoperabilitas data dan informasi lintas K/L. Namun hingga saat dokumen ini ditulis, aturan tersebut masih dirumuskan dan baru terdapat draf Rancangan Peraturan Menteri Komunikasi dan Informatika tentang Interoperabilitas Data yang dapat diakses publik sejak Juni 2020 dan hingga hari ini belum juga disahkan.

Keberlanjutan dari penggunaan kerangka kerja interoperabilitas data kesehatan pada Permenkes 18/2022 juga dikhawatirkan keberlanjutannya. Permenkes 18/2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Kesehatan melalui Sistem Informasi Kesehatan mengatur tata kelola dan standarisasi data, termasuk unit kerja yang bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan dan mendesain mekanisme bagi-pakai data di dalamnya. Namun demikian, cetak biru yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan memiliki rentang tahun yang terbatas hingga tahun 2024.

Keberadaan tim DTO yang bersifat ad hoc menimbulkan kekhawatiran akan keberlanjutan progres transformasi digital kesehatan pasca berakhirnya periode renstra dan masa jabatan Menteri Kesehatan. Kementerian Kesehatan secara khusus menerbitkan Kepmenkes HK. 01.07/Menkes/3605/2021 tentang Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat (*Central Transformation Office*) yang di dalamnya termasuk *Digital Transformation Office* (DTO). Peraturan tersebut bersifat sementara dan kurang kuat posisinya dari segi hirarki legalitas.

Peranan DTO dalam mewujudkan Transformasi Digital Kesehatan, antara lain:

- Membuat perencanaan dan pengelolaan proses pengembangan visi;
- Mengumpulkan berbagai informasi;
- Menganalisis dan menyusun visi Kesehatan Digital nasional;
- Melakukan penelitian dan konsultasi pemangku kepentingan;
- Integrasi secara menyeluruh terhadap proses transformasi digital di lingkup pemerintahan; serta
- Melakukan harmonisasi dan sentral pengembangan teknologi informasi terkait dengan transformasi digital kesehatan

Keberadaan DTO merupakan respons dari kebutuhan akan adanya *in house engineer* yang sebelumnya selalu menggunakan jasa pihak ketiga yang disupervisi oleh Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes. Sayangnya, *Digital Transformation Office* (DTO) selaku unit kerja yang membuat dan diamanatkan untuk menjalankan *Blueprint* tersebut hanya merupakan tim *ad hoc* yang sifatnya sementara guna mewujudkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Namun di sisi lain, dari segi kewenangan Chief DTO (eselon 1) memiliki posisi lebih tinggi dibandingkan Kepala Pusdatin (eselon 2).

Peraturan baru mengenai perlindungan data pribadi akan mengubah banyak ekosistem data kesehatan Indonesia. Dalam hal regulasi keamanan data, pemerintah dan DPR baru saja mengesahkan UU No. 27/2022 tentang Pelindungan Data Pribadi. UU ini mengatur tentang bagaimana hak, peran, dan tanggung jawab subjek, pemroses, maupun pengendali data. Data kesehatan sebagai salah satu dari jenis data spesifik diatur sedemikian rupa sehingga tiap-tiap entitas yang mengelola, memroses, dan menyimpan data kesehatan perlu menyesuaikan standar dan mekanisme keamanan data mereka dengan UU PDP maupun peraturan turunannya. Adaptasi peraturan ini akan banyak mengubah aturan dan ekosistem data kesehatan di Indonesia, karenanya sektor kesehatan perlu menyiapkan langkah-langkah untuk menguatkan faskes dan SDM agar siap menghadapi penerapan dan konsekuensi UU PDP beserta aturan turunannya. Adapun UU PDP mengamanatkan pemerintah untuk menerbitkan setidaknya 10 aturan turunan sebagai berikut:

- 1) Pengaturan mengenai pelanggaran pemrosesan data pribadi dan tata cara penentuan ganti kerugian (Pasal 12 ayat 1)
- 2) Hak subjek data pribadi dalam menggunakan dan mengirimkan data pribadi (Pasal 13 ayat 2)

- 3) Pengaturan lebih lanjut terkait dengan pelaksanaan pemrosesan data pribadi (Pasal 16 ayat 1)
- 4) Petentuan mengenai penilaian dampak perlindungan data pribadi (Pasal 34 ayat 1)
- 5) Pengaturan lebih lanjut soal tata cara pemberitahuan tentang penggabungan, pemisahan, pengambilalihan, peleburan, atau pembubaran badan hukum pengendali data (Pasal 48 ayat 1, 2, dan 4)
- 6) Pengaturan tentang pejabat atau petugas yang melaksanakan fungsi perlindungan data pribadi (Pasal 54)
- 7) Ketentuan mengenai transfer data pribadi di luar wilayah hukum negara kesatuan Indonesia (Pasal 56)
- 8) Pengaturan tentang tata cara pengenaan sanksi administratif (Pasal 57 ayat 3)
- 9) Pengaturan tentang lembaga penyelenggara perlindungan data pribadi (Pasal 58)
- 10) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan wewenang lembaga yang menyelenggarakan perlindungan data pribadi (Pasal 61).

4.2 Implementasi Transformasi Digital Kesehatan

Berbagai produk regulasi baru maupun pemutakhiran regulasi lama diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan untuk menopang terwujudnya pilar-pilar transformasi sistem kesehatan nasional, khususnya terkait transformasi digital kesehatan, antara lain: (1) Permenkes 13/2022 tentang Perubahan Renstra Kemenkes 2020–2024; (2) Permenkes 18/2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan; (3) Permenkes 24/2022 tentang Rekam Medis; (4) Kepmenkes HK 01.07/MENKES/3605/2021 tentang Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat Kemenkes 2021; (5) Kepmenkes HK 01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik; dan (6) Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024.

Adanya perubahan Renstra Kemenkes 2020–2024 di tahun 2022 dimaksudkan untuk menyesuaikan kebutuhan percepatan program pembangunan kesehatan, penyelenggaraan transformasi sektor kesehatan, serta perubahan struktur organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan. Perubahan Renstra Kemenkes ini merupakan konsekuensi logis dari wacana transformasi sistem kesehatan nasional yang merupakan arahan dari Presiden Republik Indonesia. Khusus dalam pilar transformasi teknologi kesehatan, perubahan-perubahan terkait integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, sistem aplikasi kesehatan, dan pengembangan ekosistem tata kelola dan kebijakan kesehatan menjadi 3 aspek prioritas. Integrasi dan pengembangan tersebut bertujuan untuk mendorong data-data yang bersumber dari berbagai sistem informasi dan aplikasi dapat dimanfaatkan untuk menginformasikan kebijakan oleh instansi tingkat kota/kabupaten, provinsi, nasional, hingga global.

Target prioritas dari transformasi teknologi kesehatan oleh Kemenkes sebagai berikut:

- **Tahun 2021:** Kegiatan integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan yang berfokus pada desain arsitektur tata kelola satu **data kesehatan berbasis individu (Integrated Electronic Health Record)**. Bertujuan agar setiap individu memiliki data kesehatan yang terintegrasi dan dikelola melalui sistem aplikasi yang berfokus pada desain arsitektur platform, interoperabilitas sistem kesehatan, serta keamanan dan infrastrukturnya.
- **Tahun 2022: Pengembangan sistem big data yang terintegrasi dan mencakup sistem kesehatan berbasis individu** yang meliputi pandemi, keluarga sehat, dan *stunting*. Kegiatan integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan ini akan dikembangkan menjadi platform sistem fasyankes terintegrasi.
- **Tahun 2023:** Diharapkan telah adanya **peningkatan variabel data individu dalam sistem data yang terintegrasi**. Hal ini diwujudkan dengan pengimplementasian sistem analisis kesehatan yang berbasis *artificial intelligence*, ditandai dengan adanya perluasan perizinan dan implementasi produk teknologi inovasi bioteknologi di fasyankes, peningkatan layanan telemedika di FKTP, dan kebijakan tentang kesehatan digital.
- **Tahun 2024:** Diharapkan **100% fasilitas layanan kesehatan dapat memiliki sistem yang terintegrasi**. Pada tahun 2024 lebih difokuskan pada perluasan cakupan data berbasis individu, sistem aplikasi kesehatan di fasyankes, SDM yang memadai mengenai literasi digital, banyaknya produk bioteknologi yang diimplementasikan ke fasyankes, hingga perluasan pelayanan telemedika di FKTP.

Satu Data Kesehatan

Pada 26 Juli 2022, Kemenkes RI juga meluncurkan *Indonesia Health Services (IHS)* sebagai platform transformasi dan integrasi data layanan kesehatan nasional dengan nama "**SATUSEHAT**". Platform ini dikembangkan dengan berlandaskan pada Permenkes 18/2022 tentang Satu Data Kesehatan. Platform SATUSEHAT ini dicanangkan akan mengintegrasikan data sebagai berikut:

1. Rekam medis elektronik (*Electronic Medical Record*)
2. Pembiayaan kapitasi dan costing layanan (termasuk BPJS dan asuransi swasta)
3. Farmasi & Alat Kesehatan
4. Fasilitas Layanan Kesehatan
5. SDM Kesehatan
6. *Data Mart (advance analytic, mulai dari text mining hingga forecasting)*

Platform SATUSEHAT ini diproyeksikan mampu menjadi portal master data yang dapat diakses oleh berbagai tingkat fasilitas layanan kesehatan untuk mengoptimalkan layanan kepada masyarakat. Pada 2023, platform ini menargetkan uji coba integrasi data pada lebih dari 30 ribu fasilitas layanan kesehatan secara kumulatif (puskesmas dan klinik, rumah sakit, laboratorium, dan apotek) di seluruh Indonesia. Hingga Desember 2022, Kemenkes baru melakukan pemetaan kesiapan penerapan platform SATUSEHAT di 9.422 faskes di wilayah Jawa-Bali. Dengan adanya platform SATUSEHAT, diharapkan terjadi perpindahan fokus

aktivitas tenaga kesehatan yang sebelumnya disibukkan dengan pelaporan menjadi fokus pada pelayanan.

Dalam upaya menyosialisasikan dan mengedukasi SDM mengenai teknologi dan literasi digital, tentu Kemenkes tidak dapat bergerak sendirian. Melalui program Literasi Digital dan Permenkominfo 14 dan 15 Tahun 2022 tentang Akreditasi Program Pelatihan Teknis di bidang TIK, Kemenkominfo mengupayakan program yang menasar pada peningkatan kapasitas dan literasi digital bagi ASN dan masyarakat. Namun demikian, masih sedikit (10%) jangkauan program Literasi Digital yang diselenggarakan oleh Kemenkominfo baik berupa webinar maupun pelatihan terkait dengan penggunaan teknologi digital dan pemanfaatannya (Indeks Literasi Digital 2022). Padahal Indeks Literasi Digital bagi mereka yang mengikuti program jauh lebih besar daripada mereka yang tidak mengikuti program Literasi Digital. Mereka yang mengikuti program Literasi Digital memiliki indeks 3,64 dibandingkan hanya 3,53 bagi mereka yang tidak mengikuti program tersebut.

Dari aspek literasi keamanan dan perlindungan data, baru separuh dari responden memiliki kebiasaan baik terhadap perlindungan data pribadi. Riset Katadata dan Kemenkominfo (2022) ini menunjukkan pemahaman dan kemampuan sebagian masyarakat terhadap sistem perlindungan data pribadi masih rendah. Kerentanan sistem keamanan ditambah dengan pemahaman masyarakat yang masih rendah ini memungkinkan peretas untuk mengakses data personal untuk kemudian disalahgunakan. Dalam hal inilah keberadaan UU PDP, aturan turunannya, serta lembaga penyelenggara perlindungan data pribadi dibutuhkan.



Bab VI

Prioritas Transformasi: Tata Kelola Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan

“Foreign Policy Begins at Home”

-Richard N. Hass-

Presensi Indonesia dalam tata kelola kesehatan global meningkat selama pandemi COVID-19 yang mengharuskan banyak negara untuk melakukan diplomasi kesehatan. Perubahan sikap diplomasi Indonesia yang sebelumnya cenderung pragmatis merupakan suatu perkembangan yang perlu diapresiasi dan dipertahankan. Indonesia memang mau tidak mau harus berpartisipasi aktif dalam diplomasi kesehatan global. Pasalnya, hal-hal yang dahulu terbatas pada kebijakan nasional sekarang menjadi masalah yang berdampak lintas batas negara dan menjadi perhatian global, salah satunya akses ke obat, alat diagnostik, dan vaksin.

Bahkan hingga sekarang ketimpangan akses vaksin masih terjadi. Per 24 Januari 2023, hanya 66,38% dan 27,31% populasi negara berpendapatan rendah-menengah dan rendah telah menerima vaksin setidaknya satu dosis, berbanding jauh dengan negara berpendapatan tinggi dan tinggi-menengah yang berada di angka 80,09% dan 80,33% (WHO Vaccine Dashboard, 2023).

Udayakumar, et al (2022) menjelaskan peluang yang sangat terbatas bagi negara-negara berpendapatan rendah-menengah dan rendah untuk mendapatkan akses ke vaksin di awal pandemi, yaitu (i) rendahnya kapasitas pengetahuan dan teknologi negara-negara berpendapatan rendah-menengah dan rendah untuk memproduksi vaksin; dan (ii) keengganan negara-negara berpendapatan tinggi dan perusahaan farmasi untuk menanggalkan paten dan berbagi pengetahuan serta teknologi untuk memproduksi vaksin, meskipun dalam situasi darurat COVID-19. *Council for Foreign Relations* (2021) juga menyebutkan kegagalan tata kelola kesehatan dalam merespons serta memperkuat kapasitas negara di dunia terhadap pandemi secara kolektif sepanjang 2020-2021 sebagai penyebab ketimpangan kesehatan di tingkat global.



Melampaui konteks vaksin, capaian kesehatan di Indonesia mengalami penurunan signifikan akibat disrupsi sistem kesehatan nasional selama pandemi COVID-19. Untuk merespons hal tersebut dan dalam memastikan bahwa Indonesia dapat segera melaksanakan transformasi sistem kesehatan nasional, forum kerja sama regional maupun multilateral menjadi arena pengaruh yang digunakan oleh Indonesia untuk menyuarakan kebutuhan kesehatan nasional dan menjadi kanal pembiayaan untuk sejumlah program intervensi kesehatan di Indonesia.

Di Indonesia sendiri, beberapa capaian kesehatan mengalami penurunan signifikan, refleksi terdisrupsi sistem kesehatan nasional selama pandemi berlangsung. Menyadari hal tersebut, pemerintah Indonesia mencoba berbenah melalui pelaksanaan transformasi sistem kesehatan nasional. Dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, platform kerja sama multilateral maupun regional digunakan untuk menopang capaian kesehatan di dalam negeri. Kehadirannya menjadi sumber daya alternatif, baik sebagai forum untuk menyuarakan kebutuhan hingga menjadi kanal pembiayaan untuk sejumlah program intervensi kesehatan di Indonesia.

Ketimpangan akses yang menjadi realitas global mencerminkan tata kelola kesehatan global yang belum berperspektif HAM. Tata kelola kesehatan global belum berhasil melindungi mereka yang paling rentan. Sebagai salah satu negara berpenghasilan rendah-menengah yang terdampak berat oleh pandemi COVID-19, diplomasi kesehatan Indonesia seharusnya tidak hanya berfokus menyuarakan kepentingan nasional saja, namun juga bagaimana di tingkat global Indonesia dapat berperan aktif dalam menyuarakan perspektif negara-negara berpendapatan rendah dan rendah-menengah sebagai negara paling rentan. Hasil dari diplomasi kesehatan Indonesia pun seharusnya dapat diterjemahkan ke tingkat nasional untuk mengatasi ketimpangan, terutama keterbatasan akses kesehatan yang dialami oleh kelompok rentan di dalam negeri.

Bab ini akan secara spesifik memetakan komitmen dan kepemimpinan diplomasi kesehatan Indonesia beserta pembelajarannya. Bagian ini juga akan mengeksplorasi tata laksana diplomasi kesehatan, alur kelembagaan guna memahami celah kebijakan, kapasitas birokratik, serta isu sektoral dalam pelaksanaan diplomasi kesehatan Indonesia maupun isu terkait lainnya, yakni mengenai teknologi kesehatan.

Komitmen dan Kepemimpinan Indonesia dalam Tata Kelola Kesehatan Global

Tahun 2022 merupakan momentum historis bagi diplomasi kesehatan Indonesia. Indonesia menunjukkan keterlibatan aktifnya dalam diplomasi kesehatan global di tengah kompleksitas situasi kesehatan global, ditambah dengan ketegangan geopolitik yang terjadi akibat invasi



Rusia terhadap Ukraina. Terkait hal tersebut, terdapat sejumlah capaian diplomasi kesehatan Indonesia yang menarik untuk diulas.

Pertama, kepemimpinan Indonesia melalui Presidensi G20. Tahun 2022 merupakan putaran bagi Indonesia dalam mengemban kepemimpinan G20, forum kerja sama multilateral yang meliputi 60% penduduk dan 80% produk domestik bruto (PDB) dunia. Mengusung semangat multilateralisme di tengah krisis kesehatan dan ketegangan geopolitik, penguatan kesehatan global menjadi fokus perhatian dari perhelatan bertema “*Recover Together, Recover Stronger*” ini.

Di bawah kepemimpinan Indonesia, terdapat dua dari enam keluaran utama dari target prioritas penguatan arsitektur kesehatan global yang berhasil tercapai. Pertama, pembentukan dana pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi. Presidensi G20 Indonesia 2022 telah berhasil mendorong konsensus antara negara-negara G20 untuk membentuk *Pandemic Fund* melalui mekanisme dana perantara keuangan atau *financial intermediary fund*. Indonesia memegang posisi yang strategis dalam menavigasi produk diplomasi multilateral Presidensi G20 ini karena kontribusi sebesar US\$50 juta (atau setara Rp 780 miliar) yang diberikan dan terpilihnya Chatib Basri sebagai Ketua Dewan Pengurus *Pandemic Fund* (*chair*).

Selain *Pandemic Fund*, Indonesia bersama Afrika Selatan, Arab Saudi, Argentina, Brazil, India, dan Turki menjadi inisiator sekaligus *signatories* untuk pembentukan jejaring pusat penelitian dan manufaktur untuk vaksin, terapeutik, dan diagnostik. Kedua capaian tersebut diharapkan dapat berlanjut pada presidensi berikutnya. Target lainnya seperti mekanisme akses dan mobilisasi ke sumber daya kesehatan esensial, surveilans genomik, harmonisasi protokol, dan jejaring peneliti, belum dapat tercapai.

Kedua, kontribusi Indonesia ke *the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Tahun 2022 juga merupakan momentum historis yang mana Indonesia untuk pertama kalinya memberikan kontribusi moneterinya kepada *the Global Fund*. Kontribusi sebesar US\$15,5 juta (atau setara Rp.242 miliar) yang diberikan oleh Indonesia merupakan hasil dari kemitraan publik dan swasta. Sebagaimana di *Pandemic Fund*, Indonesia akan menjadi negara donor-resipien di *the Global Fund*. Kontribusi Indonesia diharapkan dapat menopang transformasi kesehatan Indonesia, khususnya pilar ketiga dan keenam, bahwa kontribusi yang diberikan dapat menjadi investasi untuk dapat kembali dimanfaatkan untuk pengembangan obat dan tuberkulosis (TBC) maupun pembangunan kapasitas laboratorium sekuensing genom, termasuk alat diagnostik untuk mendeteksi TBC (Kemenkes, 2022).

Ketiga, terpilihnya Dirjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes RI sebagai anggota Dewan Investor *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI). Untuk pertama

kalinya, Indonesia terpilih menjadi anggota Dewan Investor CEPI yang diwakili oleh Dirjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan (farmalkes) Kemenkes RI, Dr. Dra. Lucia Rizka Andalucia, Apt., M.Pharm, MARS., menggantikan Prof. Charlotte Watts dari Inggris. Sebelumnya pada 24 Maret 2022, Indonesia menandatangani MoU kerja sama dengan CEPI. Bersama dengan penandatanganan tersebut, Indonesia memberikan kontribusi sebesar US\$5 juta (atau setara dengan Rp.78 miliar) untuk mendukung program kerja CEPI. Kemenkes RI memandang penting kerja sama dengan CEPI, salah satunya untuk mendukung upaya mengekspansi jejaring pusat penelitian dan manufaktur vaksin, seperti adanya regional hub vaksin di negara berkembang, seperti Indonesia untuk mengatasi kesenjangan akses vaksin dan untuk memenuhi kebutuhan vaksin global (Kontan, 2022).

Keempat, terpilihnya kembali Menteri Luar Negeri RI sebagai Ketua Bersama COVAX AMC Engagement Group. Menteri Luar Negeri RI, Retno Marsudi terpilih kembali menjadi Ketua Bersama (*co-chair*) COVAX AMC Engagement Group periode 2022 setelah sebelumnya mengemban posisi yang sama untuk periode 2021. Kepemimpinan Indonesia di COVAX memberikan nilai diplomatik yang mencerminkan kepentingan negara-negara kawasan Selatan. “Sebagai *co-chair* COVAX AMC EG, saya menyerukan seluruh negara dan komunitas donor untuk mendukung COVAX melalui kesempatan investasi ini. Ini bukan sekadar soal *charity*, melainkan sebuah kepentingan bersama untuk memastikan COVAX dapat menuntaskan misinya,” ujar Retno Marsudi (Liputan 6, 2022). Sayangnya, meskipun diplomasi vaksin Indonesia telah berhasil mengamankan setidaknya 110 juta dosis vaksin untuk didistribusikan di dalam negeri melalui mekanisme COVAX, mekanisme hibah ini dikritik kelanjutannya karena menunjukkan pola ketergantungan yang berlebih dengan negara-negara berpenghasilan tinggi.

Tidak terbatas terhadap empat capaian di atas, Indonesia terlibat aktif dalam berbagai arena diplomasi kesehatan lainnya, misalnya di ACT-A, *Future of Global Health Initiatives*, maupun Organisasi Kerja Sama Islam (OKI). Selain keterlibatan aktif, Indonesia juga sedang menjajaki posisi lain dalam sejumlah organisasi/forum internasional bidang kesehatan.

Mengenai capaian-capaian diplomasi kesehatan Indonesia sepanjang tahun 2022, terdapat sejumlah pembelajaran yang dapat direfleksikan, yakni:

1. **Pentingnya intersektoralitas dan keterhubungan kebijakan antara kementerian/lembaga.** Pembelajaran dalam kepemimpinan G20 misalnya, tidak hanya terlihat dari tindakan diplomasi ke luar, melainkan juga ke dalam, melalui pembentukan kelompok kerja (pokja) antara Kemenkeu RI dan Kemenkes RI sebagai respons atas terbentuknya *Joint Finance-Health Task Force*. Intersektoralitas dan keterhubungan kebijakan antara kementerian/lembaga merupakan titik penting



dari pembentukan pokja tersebut, mengingat karakteristik praktik diplomasi kontemporer yang memerlukan koordinasi antara kementerian/lembaga untuk mencapai tujuan diplomasi yang lebih besar (Brian Hocking, et al., 2012). Praktik baik intersektoralitas dari G20 menjadi pembelajaran berharga bagi Indonesia untuk terus memperkuat koordinasi lintas kementerian/lembaga, khususnya antara Kemenkes RI, Kemenkeu RI, dan Kemenlu RI dalam perencanaan, penyusunan indikator, hingga pelaksanaan diplomasi kesehatan Indonesia dalam arena multilateral lainnya.

- 2. Pentingnya pendekatan multipihak, termasuk pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil dan komunitas.** Organisasi masyarakat sipil dan komunitas memainkan peran yang penting dalam mendorong akuntabilitas sosial, menentukan kebutuhan yang efektif, menjangkau kelompok rentan, dan memastikan pendanaan berdampak. Pemerintah harus melihat organisasi masyarakat sipil dan komunitas sebagai mitra yang setara penting untuk memastikan keberhasilan dari suatu intervensi publik. Sebagai contoh, organisasi masyarakat sipil memberikan kontribusi yang penting melalui mekanisme *country coordinating mechanism* (CCM) yang dimiliki oleh *the Global Fund* dengan membuat realitas kelompok masyarakat yang paling terdampak, seperti penyintas dan orang dengan penyakit tersebut, menjadi jauh lebih nyata dan dari segi perspektif program, lebih tepat sasaran. Organisasi masyarakat sipil dan komunitas memiliki akses informasi dengan perspektif kelompok terdampak yang seringkali tidak dimiliki oleh sektor lain, sehingga pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil dan komunitas dalam diplomasi kesehatan Indonesia, termasuk misalnya dalam pengajuan proposal pendanaan ke *Pandemic Fund* menjadi sangat penting.
- 3. Pentingnya penerjemahan komitmen kepemimpinan Indonesia di diplomasi kesehatan global untuk penguatan sistem kesehatan nasional.** Kesehatan tidak menjadi agenda besar (*grand theme*) dari Presidensi G20 India 2023 maupun Keketuaan ASEAN Indonesia 2023. Hal tersebut menandakan posisi diplomasi kesehatan Indonesia yang masih kabur, meskipun memegang peranan strategis sebagai troika G20 dan Ketua ASEAN 2023.

Dari sekian banyak keterlibatan aktif Indonesia sebagai pemimpin dalam berbagai forum multilateral kesehatan dan berbagai kontribusi aktif secara moneter, pertanyaan mengenai sejauh mana Indonesia memiliki nilai dan visi strategis yang ingin dikejar melalui diplomasi kesehatan belum terjawab. Aktifnya keterlibatan Indonesia dalam berbagai organisasi internasional juga didasarkan pada motivasi akannya kembalinya investasi (*return of investment*). Untuk itu, diplomasi kesehatan yang dibutuhkan Indonesia adalah yang *beyond showcase*, artinya posisi strategis

Indonesia dalam diplomasi kesehatan global semestinya dapat melampaui posisi kepemimpinannya dan dimanfaatkan secara optimal untuk kebaikan jangka panjang, terutama penguatan sistem kesehatan nasional yang belum tercermin sejauh ini.

4. **Pentingnya penerjemahan diplomasi kesehatan Indonesia yang berperspektif HAM; sensitif terhadap situasi dan kebutuhan kelompok rentan.** Kepemimpinan maupun keterlibatan Indonesia dalam mekanisme global di bidang kesehatan menandakan satu hal, yakni kesempatan. Kesempatan untuk dapat mewakili negara-negara selatan serta negara dengan penghasilan ekonomi menengah-rendah dan ekonomi rendah terlibat secara aktif menyusun kebijakan yang adil, setara dan tepat sasaran.

Terdapat tiga pertanyaan yang seharusnya dapat dijawab oleh Indonesia ketika melaksanakan diplomasi kesehatan, yaitu diplomasi kesehatan untuk (i) membantu siapa; (ii) mengatasi masalah apa; dan (iii) supaya dapat berdaya dalam hal apa. Kelompok rentan sudah semestinya menjadi benang merah dari diplomasi kesehatan Indonesia, artinya diplomasi kesehatan ditujukan untuk melindungi mereka yang berada di bawah (*the bottom of the pyramid*).

Dengan kerentanan yang dihadapi, kelompok rentan merupakan kelompok yang paling dirugikan dari adanya krisis kesehatan seperti pandemi COVID-19. Kepemimpinan dan keanggotaan Indonesia dalam mekanisme global di bidang kesehatan semestinya menjadi kesempatan untuk memperbaiki akses kesehatan terhadap kelompok rentan. Sebagai contoh dalam konteks diplomasi vaksin, semestinya kesempatan yang Indonesia miliki sebagai Ketua Bersama COVAX 2021-2022 tidak berhenti pada bagaimana Indonesia mampu mengamankan pasokan vaksin melalui COVAX. Namun juga bagaimana pasokan vaksin yang telah diamankan melalui mekanisme multilateral tersebut dapat diterjemahkan di tingkat nasional melalui kebijakan yang sensitif yang dapat memastikan akses ke kelompok rentan. Hal inilah yang belum tercermin melihat ketimpangan akses dan cakupan vaksin di dalam negeri. Selain itu, sebagai negara yang akan mengajukan proposal pendanaan ke *Pandemic Fund*, Indonesia harus dapat memastikan bahwa penerjemahan pendanaan *Pandemic Fund* di tingkat nasional ditujukan untuk mengatasi ketimpangan akses yang dialami oleh kelompok rentan



Regulasi dan Kelembagaan: Reformasi Struktural Kerja Sama Internasional Bidang Kesehatan

Sebagaimana telah disinggung, praktik baik intersektoralitas dari Presidensi G20 Indonesia 2022 semestinya dapat menjadi pembelajaran penting bagi koordinasi lintas kementerian/lembaga. Pokja yang terbentuk semasa Presidensi G20 bersifat *ad hoc* dan tidak berkelanjutan, padahal diplomasi kesehatan Indonesia tidak sebatas Presidensi G20.

Selain terkait intersektoralitas, melalui Permenkes 5/2022, Kemenkes RI membentuk sub-organisasi baru untuk menyusun kebijakan teknis terkait penguatan kebijakan kesehatan global, yaitu Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan (Pusjak KGTK) yang merupakan transformasi dari Biro Kerjasama Luar Negeri (Biro KSLN). Sepanjang Presidensi G20, Pusjak KGTK memiliki peran signifikan dalam proses-proses *Health Working Group*. Apabila merujuk pasal 231 Permenkes 5/2022, Pusjak KGTK memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan teknis penguatan kebijakan di bidang kesehatan global dan teknologi kesehatan;
2. Pelaksanaan analisis dan perumusan rekomendasi kebijakan di bidang kesehatan global dan teknologi kesehatan;
3. Pelaksanaan diseminasi dan advokasi rekomendasi kebijakan di bidang kesehatan global dan teknologi kesehatan;
4. Pelaksanaan integrasi dan sinergi kebijakan di bidang kesehatan global dan teknologi kesehatan;
5. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
6. Pelaksanaan urusan administrasi Pusat.

Keputusan Kemenkes RI untuk membentuk Pusjak KGTK merupakan langkah yang harus ditelusuri lebih jauh. Status pusat kebijakan sejatinya memiliki mandat yang terbatas dengan peran yang terlimitasi pada perumusan rekomendasi dan evaluasi kebijakan semata. Sementara dalam konteks implementasi riil, Pusjak KGTK beberapa kali memimpin proses negosiasi yang dilakukan Indonesia dalam arena G20 maupun non-G20 terkait kesehatan global, yang sejatinya telah melampaui mandat yang mereka miliki.

Pembentukan sub-organisasi baru yang dikhususkan untuk isu kesehatan global merupakan langkah yang harus diapresiasi. Akan tetapi, dengan semakin aktif dan terlibatnya Indonesia dalam diplomasi kesehatan global, maka menjadi pertanyaan bentuk institusi/departemen yang diperlukan untuk dapat leluasa melakukan peran dan tanggung jawabnya secara optimal. Terbatasnya mandat, wewenang dan kualifikasi SDM, serta ketidakpastian keberlanjutan Pusjak KGTK menjadi pertanyaan akan peran dan kontribusi Indonesia dalam tata kelola kesehatan global ke depannya.

Pembiayaan

Dalam rangka mencegah, menyiapkan, dan merespons pandemi selanjutnya, dunia membutuhkan investasi yang lebih besar dalam pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi. Bank Dunia dan WHO sendiri mengidentifikasi ketimpangan pembiayaan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi global sebesar US\$10,5 miliar setiap tahunnya (Bank Dunia dan WHO, 2022).

Ketimpangan pembiayaan dan dampak kemanusiaan, sosial, dan ekonomi yang luas dari pandemi COVID-19 telah menyoroti kebutuhan mendesak terhadap mekanisme keuangan internasional di tingkat global yang mampu memobilisasi sumber daya yang berdedikasi untuk pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi, memberi insentif kepada negara-negara untuk meningkatkan investasi, meningkatkan koordinasi antar mitra, dan berfungsi sebagai platform untuk advokasi.

Dengan dukungan luas dari negara-negara G20 dan non-G20, pada 30 Juni 2022, Dewan Direksi Bank Dunia menyetujui proposal untuk membentuk dana perantara keuangan untuk pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi yang kemudian diberi nama *the Pandemic Fund*. Dana perantara keuangan yang baru tersebut akan menyediakan aliran khusus pembiayaan tambahan untuk memperkuat kemampuan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi di negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah melalui investasi dan dukungan teknis di tingkat nasional, regional, dan global.

Untuk memastikan keberhasilan dalam memperkuat kapasitas pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi di tingkat global, regional dan nasional, tata kelola yang inklusif dan kemampuan untuk menarik basis pembiayaan yang berkelanjutan menjadi penting bagi *Pandemic Fund*.

Setelah advokasi yang signifikan oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah dan organisasi masyarakat sipil, *Pandemic Fund* telah mewujudkan model tata kelola yang lebih adil dan seimbang, dengan membagi pengambilan keputusan kepada negara kontributor, negara penerima, organisasi filantropi, dan organisasi masyarakat sipil. Tetapi, pertanyaannya sekarang adalah apakah perimbangan kepentingan formal ini akan menjadi realitas operasional. Negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah harus merasa berada di kursi pengemudi dari strategi pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons nasional mereka sendiri.

Sampai 13 Januari 2023, Bank Dunia mengklaim bahwa komitmen kontribusi yang telah diterima oleh *Pandemic Fund* adalah sebesar US\$1,6 miliar, dengan US\$1,41 miliar komitmen kontribusi telah diumumkan kepada publik. Komitmen kontribusi lebih lanjut sejumlah US\$8,9



miliar masih dibutuhkan untuk menutup ketimpangan pembiayaan sebesar US\$10,5 miliar setiap tahunnya (*Pandemic Action Network, 2023*).

Sejauh ini, *Pandemic Fund* masih menggunakan proses penganggaran yang belum berjangka panjang, ditandai komitmen kontribusi yang tidak multi-tahunan. Tidak ada jaminan bahwa pembiayaan internasional tersebut akan bertahan dalam jangka waktu panjang. Respons global terhadap dorongan pembiayaan awal *Pandemic Fund* – yang sebagian tampaknya dikembalikan dari pembiayaan kesehatan global penting lainnya – bukan pertanda baik untuk masa depan (Mazzucato, 2022).

Terlebih, kendali entitas pelaksana (*implementing entities*) dalam penyusunan proposal pembiayaan *Pandemic Fund* berisiko mereduksi kepemilikan negara penerima manfaat (*country ownership*). Padahal, dengan kepentingan dan partisipasi dari negara penerima, “memiliki” program yang dibiayai oleh *Pandemic Fund* begitu penting untuk memastikan kebutuhan negara menjadi sasaran utama sehingga menghasilkan keluaran yang lebih sukses.

Indonesia sendiri merupakan negara donor-resipien di *Pandemic Fund*. Melampaui *Pandemic Fund*, Indonesia juga merupakan negara donor-resipien di *Global Fund* dan CEPI, serta negara penerima manfaat di berbagai inisiatif kesehatan global lainnya. Di tingkat nasional, terdapat dua perhatian khusus, yakni: (i) penerjemahan pembiayaan internasional yang ada untuk penguatan sistem kesehatan nasional dan memperbaiki akses bagi kelompok rentan; dan (ii) mobilisasi sumber daya domestik potensial, termasuk dari APBN dan kemitraan dengan sektor swasta, untuk membantu upaya penguatan sistem kesehatan nasional yang ditopang oleh pembiayaan internasional.

Sebagai bagian dari penerjemahan pembiayaan internasional misalnya, penentuan prioritas pemanfaatan pembiayaan internasional seharusnya dapat lebih inklusif dan partisipatif untuk memastikan penguatan sistem kesehatan nasional yang lebih holistik. Pengajuan proposal pendanaan *Pandemic Fund* yang dilakukan oleh Indonesia sejauh ini belum mencerminkan hal tersebut, padahal sudah ada praktik baik dari *the Global Fund*, melalui mekanisme *country coordinating mechanism* yang multipihak, sehingga lebih inklusif dan partisipatif.

Dengan keterbatasan kapasitas fiskal, Indonesia memiliki ketergantungan terhadap bantuan internasional untuk penguatan sistem kesehatan nasional. Sejak tahun 1990, sudah lebih dari US\$6 miliar *official development assistance* (ODA) yang diterima Indonesia untuk sektor kesehatan. Khusus untuk penanganan tiga penyakit menular: HIV, TB, dan malaria, sekitar 45% pembiayaan per tahun 2018 masih berasal dari bantuan luar negeri (Jakarta Post, 2018).

Sebab inisiatif kesehatan global yang ada bukanlah peluru perak yang bisa menyelesaikan semua permasalahan pembiayaan yang ada, dan untuk mengurangi ketergantungan Indonesia terhadap bantuan luar negeri untuk penguatan sistem kesehatan nasional, perlu adanya mobilisasi sumber daya domestik potensial untuk penguatan sistem kesehatan nasional, termasuk dari APBN dan kemitraan dengan sektor swasta.

Teknologi Kesehatan: Perluasan Jejaring Pusat Penelitian dan Manufaktur Vaksin, Terapeutik, dan Diagnostik

Pandemi COVID-19 memberikan pembelajaran bahwa teknologi vaksin, terapeutik, dan diagnostik (VTD) telah memainkan peran penting dalam pertarungan global melawan COVID-19. Hanya saja, situasi ketimpangan akses vaksin COVID-19 di tingkat global saat ini mencerminkan bagaimana kegagalan pasar secara global telah menghambat akses terhadap teknologi kesehatan.

Dalam konteks teknologi vaksin, Udayakumar et. al (2022) menjelaskan keterbatasan peluang negara-negara berpendapatan rendah dan rendah-menengah untuk mendapatkan akses vaksin, yang antara lain disebabkan oleh terkonsentrasinya penguasaan pengetahuan dan teknologi vaksin di negara-negara berpenghasilan tinggi dan kurangnya kapasitas pengetahuan dan teknologi negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah untuk memproduksi vaksin. Tidak terkecuali Indonesia, kapasitas teknologi vaksin Indonesia masih terbatas, sehingga selain melalui skema hibah, Indonesia harus menghabiskan 31% dana anggaran penanganan COVID-19 hanya untuk melakukan pengadaan vaksin impor (Kemenkeu, 2022). Pengadaan vaksin impor memberikan tekanan terhadap kapasitas fiskal Indonesia yang terbatas.

Indonesia melakukan reorientasi strategi dari pengadaan vaksin impor menjadi produksi vaksin dalam negeri. Sejak tahun 2020, Indonesia memiliki konsorsium pengembangan vaksin merah putih. Selang dua tahun, usai merampungkan uji klinis fase akhir, indovac dan inavac menjadi dua vaksin yang memperoleh *emergency use authorization* (EUA) pada November 2022 untuk penggunaan dosis primer maupun *booster*. Tahap awal produksi indovac adalah 40 juta dosis pada 2023, sedangkan inavac sebanyak 5 juta dosis (Antara News, 2023).

Meskipun begitu, terdapat sejumlah kemungkinan tantangan produksi vaksin dalam negeri, di antaranya kurangnya bahan baku produksi vaksin yang berasal dari dalam negeri, potensi kedaluwarsa vaksin yang cukup cepat setelah diproduksi, maupun ketidakmampuan vaksin indovac dan inavac untuk digunakan sebagai vaksin *booster* secara heterolog bagi banyak penerima vaksin primer, terutama yang berbasis mRNA. Produksi vaksin indovac bahkan dihentikan sementara pada akhir Januari 2023 sebab tantangan yang ada memberikan ketidakpastian terhadap kebutuhan volume produksi vaksin indovac (CNBC, 2023).

Melampaui konteks teknologi vaksin, secara umum, berbicara mengenai teknologi VTD tidak boleh lepas dari tata kelola kesehatan global. Begitupun ketika berbicara mengenai tata kelola



kesehatan global - sebagaimana telah disinggung sebelumnya - tidak terlepas dari pertanyaan prinsip mengenai tata kelola kesehatan global dibuat untuk membantu siapa, mengatasi masalah apa, dan supaya bisa apa. Sebagai konteks, pandemi COVID-19 telah mencerminkan bagaimana pendekatan nasionalis dalam membeli vaksin yang dilaksanakan oleh negara-negara berpenghasilan tinggi tidak berkontribusi terhadap pemulihan global yang holistik, karena meninggalkan mereka yang paling rentan, yakni negara-negara berpendapatan rendah dan rendah-menengah. Pendekatan multilateral dalam tata kelola kesehatan global sebaliknya ditujukan untuk memastikan pemulihan global yang holistik, tidak meninggalkan mereka yang paling rentan.

Membentuk kembali pasar (*market reshaping*) dan menciptakan nilai publik yang mempromosikan akses ke VTD sebagai barang publik perlu menjadi strategi untuk memastikan produksi dan distribusi teknologi VTD yang berkelanjutan dan adil. Perluasan pusat penelitian dan manufaktur VTD yang berlokasi di berbagai wilayah di dunia sangat penting untuk mewujudkan nilai publik yang baru. Dengan tata kelola, pendanaan, peraturan khusus, dan kolaborasi dengan sektor swasta, fasilitas penelitian dan manufaktur ini dapat berfungsi sebagai jalur untuk memperbaiki akses penguasaan teknologi VTD dalam pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons terhadap keadaan darurat pada masa mendatang.

Melalui Presidensi G20 Indonesia 2022, Indonesia telah mencapai kesepakatan bersama enam negara berkembang lainnya, yakni Arab Saudi, Argentina, Brazil, India, dan Turki untuk membentuk jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD. Jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD tersebut dapat menjadi medium pertukaran dan transfer pengetahuan dan teknologi antar dan lintas wilayah dengan memanfaatkan aksi kolektif negara-negara.

Kesepakatan multilateral ini lagi-lagi menandakan satu hal, yakni kesempatan. Indonesia beserta enam negara berkembang lainnya memiliki kesempatan untuk memastikan bahwa ketimpangan akses yang berusaha mereka atasi di tingkat global harus mampu diterjemahkan di tingkat nasional, sehingga lebih holistik. Artinya, dengan mengatasi ketimpangan akses VTD di tingkat global, negara-negara tersebut harus mampu memastikan bahwa di tingkat nasional, kelompok rentan menjadi kelompok penerima manfaat utama dari adanya jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD di negara berkembang.

Indonesia mengemban tugas untuk memastikan bahwa perluasan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD di negara berkembang dapat mempromosikan akses ke VTD sebagai barang publik dan agenda tersebut dapat berlanjut di Presidensi G20 India 2023 dan melampaui G20, artinya Indonesia dapat terlibat aktif dalam berbagai forum regional maupun global lainnya untuk mencapai realisasi jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD.

Peluang Diplomasi Kesehatan Indonesia 2023

1. **Keketuaan ASEAN 2023**

Ketiadaan mekanisme troika memberikan keleluasaan bagi Indonesia untuk menentukan agenda keketuaan ASEAN 2023. Pada KTT ASEAN *Plus Three* 2021, Presiden Joko Widodo menyampaikan tiga isu terkait agenda keamanan kesehatan yang akan Indonesia prioritaskan di tingkat ASEAN. Pertama, kolaborasi ASEAN dalam meningkatkan investasi untuk perbaikan layanan kesehatan nasional. Upaya tersebut nantinya akan memperbaiki ketahanan masyarakat dan kesiapsiagaan serta kapasitas kesehatan publik di masa darurat. Kedua, memperkuat *ASEAN Response Fund* yang bersifat ad-hoc menjadi *ASEAN Emergency Health Fund* yang lebih berkelanjutan. Ketiga, utilisasi *ASEAN Regional Reserve of Medical Supplies* sebagai *buffer* inventarisasi kebutuhan medis regional (Kemensetneg, 2021).

2. **Presidensi G20 India 2023**

Sebagai bagian dari troika G20, Indonesia memiliki peran untuk memastikan transisi Presidensi G20 yang mencerminkan keberlanjutan, bahwa agenda kesehatan yang telah dibahas di Presidensi G20 Indonesia 2022 dapat dilanjutkan oleh India pada tahun 2023. Salah satu hal yang perlu mendapat perhatian khusus oleh Indonesia adalah terkait dengan keberlanjutan agenda pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD yang telah disepakati oleh Indonesia beserta enam negara berkembang anggota G20 lainnya maupun keberlanjutan pembahasan *Pandemic Fund*, baik di *Joint Finance-Health Task Force* (JFHTF) maupun *Health Working Group* (HWG).

3. **Pandemic Treaty**

Semenjak pandemi COVID-19, perbaikan tata kelola keamanan kesehatan global menjadi tujuan yang ramai menjadi perhatian. Gagasan yang sedang digaungkan komunitas internasional saat ini adalah mengenai bagaimana dunia dapat mengadopsi instrumen hukum internasional yang mengikat secara hukum, di antaranya melalui *Pandemic Treaty*.

Indonesia sebagai negara sponsor penyusunan *Pandemic Treaty* memiliki kesempatan untuk mendorong, antara lain: (i) penyelarasan *Pandemic Treaty* dengan *Financing Facilities* di tingkat global untuk mengunci komitmen berkelanjutan pembiayaan ketahanan kesehatan di tingkat nasional; (ii) penyelarasan *Pandemic Treaty* dengan rezim hak kekayaan intelektual untuk meredefinisikan teknologi kesehatan sebagai barang publik; dan (iii) terbentuknya mekanisme koordinasi formal lintas negara, dari

keadaan nir-ancaman hingga kedaruratan kesehatan guna meminimalisasi ketimpangan kapasitas pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi.

4. **UN High-Level Meeting on Pandemic PPR**

Pada 2 September 2022, Majelis Umum PBB mencapai konsensus untuk mengadopsi resolusi (A/76/L.76) yang disponsori oleh Indonesia dan 11 negara sponsor lainnya. Resolusi tersebut menyerukan penyelenggaraan KTT pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi (*high-level meeting on pandemic PPR*) kepala negara, menteri, dan pejabat pemerintahan lainnya yang akan difasilitasi oleh Majelis Umum PBB bekerja sama dengan WHO.

KTT tersebut diharapkan dapat “mengadopsi deklarasi yang bertujuan, antara lain, memobilisasi komitmen politik di tingkat nasional, regional, dan internasional untuk pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi,” sebagaimana termaktub dalam resolusi tersebut.

Indonesia memiliki kesempatan untuk terlibat aktif dalam negosiasi konten dan kesepakatan dari pertemuan tersebut, terutama untuk mendorong pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi lebih baik lagi melalui penguatan sistem kesehatan, tata kelola, dan juga akuntabilitas.

Bab VII

Skenario & Peta Jalan Kebijakan

"The future depends on what we do in the present."

-Mahatma Gandhi-

Setelah pada bagian sebelumnya terpetakan *status quo* kebijakan kesehatan di Indonesia, terutama pada modalitas, tantangan, dan gap dari dimensi kebijakan maupun operasionalisasinya; bab ini secara khusus memetakan tiga kemungkinan skenario yang dapat menjadi masa depan dari kebijakan kesehatan di Indonesia di tahun 2023 atau lebih panjang. Dengan menggunakan metodologi *foresight*, kami mencoba mengidentifikasi dinamika kebijakan, baik dari perubahan yang mungkin terjadi hingga pengaruhnya terhadap pembuatan kebijakan di masa mendatang. Metodologi *foresight* memiliki keunggulan untuk membantu para pembuat kebijakan "membentuk" masa depan yang diinginkan, disertai dengan penyajian skenario kebijakan yang mungkin terjadi sehingga proses pembuatan kebijakan bisa lebih bersifat antisipatif (OECD, 2018).

Dalam konteks Health Outlook 2023, kami menggunakan tiga komponen penting sistem kesehatan yang berperan penting menentukan masa depan kebijakan kesehatan di Indonesia, di antaranya: (1) Tata Kelola (*Governance*); (2) Pembiayaan Kesehatan (*Health financing*); dan (3) Pelayanan Kesehatan (*Service Delivery*). Ketiga faktor tersebut kami jadikan indikator untuk gambaran skenario pembangunan kesehatan 2023.

Determinan Skenario Health Outlook 2023

Dalam Health Outlook 2023, kami menjadikan cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage* (UHC)) sebagai tujuan dan skenario ideal. Tiga determinan yang menentukan skenario situasi kesehatan Indonesia kami angkat dari area kebijakan yang ditekankan oleh koalisi global menuju *Universal Health Coverage* pada tahun 2030 (UHC 2030, 2021). Kami mengikuti visi UHC2030 yang menginginkan setiap negara mencapai cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage* / UHC). Suatu negara disebut mencapai UHC ketika semua orang dapat mengakses layanan kesehatan bermutu yang dibutuhkan dan terhindar dari kesulitan finansial, didasari prinsip bahwa kesehatan adalah hak setiap individu. Untuk mencapai visi tersebut, koalisi UHC2030 merekomendasikan setiap negara berfokus untuk memperkuat sistem kesehatan nasional melalui transformasi dalam:

- **Tata Kelola (*Governance*)**

Kebijakan tata kelola terutama untuk meregulasi proses pengambilan dan pelaksanaan keputusan, koordinasi antar *stakeholders* dan sektor pemerintah,



kolaborasi dengan pihak internasional, dan mekanisme monitoring dan evaluasi untuk mendorong akuntabilitas

- **Pembiayaan Kesehatan (*Health financing*)**

Kebijakan pembiayaan kesehatan terkait cara memobilisasi, mengumpulkan, dan menggunakan sumber daya untuk membeli layanan secara strategis

- **Pelayanan Kesehatan (*Service delivery*)**

Kebijakan pelayanan kesehatan mencakup kebijakan yang mengatur model layanan kesehatan, SDM, sumber daya non-manusia, perkembangan teknologi, pemenuhan kebutuhan kelompok rentan, dan peningkatan kualitas layanan

Untuk itu dalam eksplorasi skenario *Health Outlook 2023*, mencapai UHC memerlukan reformasi SKN yang optimal, maka ketiga indikator ini harus diprioritaskan dan dikembangkan secara bersamaan. Sistem kesehatan nasional yang berorientasi menuju UHC akan berfokus untuk meningkatkan akses layanan kesehatan yang adil (*equitable*), berkualitas, responsif, efisien, dan resilien.

- Akses layanan kesehatan yang **adil** berarti tersedianya akses layanan kesehatan yang dibutuhkan di setiap daerah untuk setiap golongan masyarakat tanpa dibatasi keterbatasan biaya.
- Layanan yang **berkualitas** berarti layanan yang meningkatkan capaian kesehatan sesuai dengan bukti pengetahuan yang terbaru.
- Layanan kesehatan yang **responsif** artinya layanan yang merespons kebutuhan, preferensi, dan ekspektasi setiap individu.
- Layanan kesehatan disebut **efisien** bila alokasi sumber daya sebagai input sudah optimal dan mendorong pencapaian kesehatan yang tertinggi.
- Terakhir, mengingat pandemi COVID-19, layanan kesehatan harus **resilien**, mampu mempersiapkan kesiapsiagaan, mencegah, hingga merespons krisis secara efektif.

Dengan demikian, setiap individu dapat mencapai standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai tanpa terkecuali sesuai asas kesehatan sebagai hak asasi. Namun, sistem kesehatan yang adil, berkualitas, responsif, efisien, dan resilien tidak akan terwujud tanpa reformasi kebijakan tata kelola, pembiayaan kesehatan, dan pelayanan kesehatan.

Mengenal *Plausible Scenarios* dalam *Health Outlook 2023*:

Dari ketiga indikator determinan tersebut, kami membayangkan setidaknya terdapat tiga kemungkinan skenario penguatan sistem kesehatan yang punya kemungkinan sama untuk terjadi sepanjang tahun 2023. Pertama, skenario ***The Sage "Yoda"*** – di mana proses reformasi sistem kesehatan yang ditempuh melalui semua proses dan konsekuensi, diasumsikan dapat menghasilkan hasil yang ideal. Skenario ini merefleksikan proses reformasi yang menasar pada akar permasalahan pembangunan kesehatan, tidak terbatas pada pendekatan-pendekatan superfisial semata. Kedua, skenario ***"Smoke and Mirrors"*** – di mana penguatan sistem kesehatan bersifat sporadis dan menasar perubahan inkremental. Skenario ini

merefleksikan penguatan sistem kesehatan yang superfisial, tidak menasar pada kebutuhan dan gap kebijakan yang terjadi di lapangan. Ketiga, skenario **“Business as Usual”** – di mana cita-cita untuk mereformasi sistem kesehatan tidak terjadi. Semua proses berjalan layaknya praktik yang terdahulu tanpa perubahan dan evaluasi dari proses pembelajaran, terjadi kemunduran untuk beberapa capaian kesehatan tanpa adanya upaya serius untuk memperbaiki situasi tersebut.

	“Business as Usual”	“Smokes and Mirrors”	“The Sage”
Governance	Pemerintah daerah hanya menjadi unit pelaksana dari pemerintah pusat	Pelibatan Pemerintah Daerah dalam perencanaan hanya bersifat tokenistik	Terdapat mekanisme formal yang memungkinkan perspektif pemerintah daerah diidentifikasi dan masuk dalam perencanaan hingga monitoring evaluasi
	Terfragmentasinya ekosistem data kesehatan di Indonesia	Adanya skema interkoneksi data lintas sektor dan ekosistemnya masih terpusat pada Kemenkes	Adanya skema bagi-pakai data lintas sektor yang dapat mengoptimalkan kinerja layanan dan meningkatkan pembangunan kesehatan
	Masyarakat sipil tidak dilibatkan secara bermakna dalam perencanaan hingga monitoring evaluasi pembangunan kesehatan	Tersedianya panduan kemitraan lintas sektor yang memungkinkan pelibatan masyarakat sipil, namun keterlibatan masyarakat sipil hanya bersifat formalitas saja	Adanya <i>platform</i> multisektoral yang dapat menjembatani peran masyarakat sipil dan swasta secara bermakna dalam perencanaan, akses informasi, hingga monitoring dan evaluasi
Health Financing	Tidak ada perubahan sistemik terkait persoalan tata kelola JKN (<i>costing, quality of care, data</i>)	Perbaikan tata kelola JKN masih berfokus pada peningkatan tarif layanan (<i>costing</i>) tanpa disertai dengan peningkatan kualitas pelayanan dan tata kelola data	Perbaikan tata kelola JKN sudah berfokus pada <i>quality of care</i> , tata kelola data, dan <i>costing</i> , memiliki kapasitas untuk beradaptasi ke arah risk adjusted capitation
	Ketergantungan pemerintah daerah terhadap dana transfer pusat untuk agenda pembangunan kesehatan	Anggaran kesehatan daerah (PAD) meningkat, namun alokasi anggaran masih dominan pada belanja pegawai	Terjadi peningkatan kuantitas dan kualitas alokasi dalam anggaran belanja kesehatan daerah melalui skenario PAD
	Tidak ada peningkatan kuantitas dan kualitas alokasi belanja kesehatan yang berorientasi pada penguatan ketahanan kesehatan	Alokasi belanja kesehatan meningkat namun bersifat responsif terkait dengan ketahanan kesehatan. Misal: PEN	Terjadi peningkatan kuantitas dan kualitas alokasi belanja kesehatan yang berorientasi pada kesiapsiagaan dan pencegahan untuk ketahanan kesehatan
Service Delivery	Model integrasi layanan kesehatan primer masih berfokus pada penguatan FKTP Pemerintah, belum melibatkan FKTP swasta walaupun 50% layanan diberikan juga oleh FKTP swasta	Model integrasi layanan kesehatan primer sudah mulai melibatkan FKTP dan SDMK swasta namun masih bersifat sukarela serta belum memformulasikan skema insentif dan disinsentif dari integrasi ini	Model integrasi layanan kesehatan primer dilakukan berdasarkan definisi teknis yang tepat dan lebih komprehensif dengan pengaturan insentif dan disinsentif sektor swasta dan masyarakat agar optimal dan jangkauannya lebih luas



	“Business as Usual”	“Smokes and Mirrors”	“The Sage”
Service Delivery	Kader kesehatan masih dipandang terpisah dari tenaga kesehatan dan pengaturannya masih terfragmentasi di berbagai sektor pemerintahan	Upaya regulasi pelembagaan kader masih dilaksanakan secara sporadis oleh pemerintah daerah dan bergantung pada komitmen politik tiap pemerintah daerah. Implikasinya, tidak ada standar yang ditetapkan tentang hak dan kewajiban kader	Kader kesehatan dilembagakan dengan adanya regulasi yang mengatur standar nasional hak, kewajiban, kualifikasi kader kesehatan serta jenjang karir yang jelas, sehingga memungkinkan diakuinya kader sebagai tenaga kesehatan
	Negara dengan pendapatan tinggi masih memonopoli inovasi dan pengetahuan teknologi kesehatan	Meningkatnya upaya negara Indonesia dan sesama negara berkembang di tingkat global untuk mendorong akses pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan namun terhalang isu hak kekayaan intelektual (HAKI)	Tercapainya revisi regulasi HAKI bidang inovasi kesehatan di tingkat global sehingga akses negara berkembang terhadap teknologi kesehatan termasuk Indonesia lebih terbuka

Tabel 6. Skenario Pembangunan Kesehatan 2023

Sebagai catatan, ketiga skenario ini mungkin saja terjadi sepanjang tahun 2023, tergantung bagaimana pemangku kepentingan melaksanakan penguatan kesehatan. Lantas, bagaimana ketiga skenario tersebut dihadapkan dengan tiga variabel tantangan pembangunan kesehatan, di antaranya: ketahanan kesehatan; tahun politik; komitmen anggaran.

Dalam Skenario **Business as usual** (keadaan tanpa perubahan), Sistem kesehatan akan rentan terguncang karena eksternalitas, seperti krisis kesehatan (wabah dan bencana alam), perlambatan ekonomi, dan ketidakstabilan situasi politik, berakibat pada mandeknya proses *rebuilding* sistem kesehatan. Stagnasi pembangunan kesehatan terjadi sebagaimana situasi awal pandemi yang mana pendekatan pembangunan sistem kesehatan tidak berorientasi pada kesiapsiagaan, melainkan pendekatan ad-hoc yang sangat reaktif. Selain itu, tidak banyak pembelajaran dipetik oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah terkait dengan aspek tata kelola, berdampak pada terbatasnya kapasitas dan kualitas alokasi anggaran belanja kesehatan.

Sementara dalam skenario **Smokes and Mirrors** (perubahan superfisial), sistem kesehatan berjalan menuju proses *rebuilding*, akan tetapi upaya perubahan belum menysasar pada aspek fundamental penguatan sistem kesehatan. Sistem kesehatan secara relatif masih rentan terguncang eksternalitas: krisis kesehatan (wabah dan bencana alam), krisis ekonomi, dan ketidakstabilan situasi politik, akibat perubahan yang belum bersifat sistemik namun sporadis. Modalitas seperti komitmen politik untuk penguatan sistem kesehatan sudah terbentuk, akan tetapi penerjemahannya ke dalam pendekatan operasional masih terbatas dan cenderung superfisial. Situasi ini memungkinkan terjadinya ketidakadilan kesehatan dan pemenuhan hak kesehatan yang masih bersifat parsial, diakibatkan oleh ketidaksesuaian

upaya transformasi dengan kebutuhan. Dengan demikian, penguatan sistem kesehatan menjadi tidak sistemik dan akan sangat bergantung pada komitmen politik semata. Dalam dimensi tata kelola misalnya, pelibatan pemerintah daerah yang bersifat tokenistik membuat perencanaan kebijakan kesehatan maupun inovasi kebijakan oleh Pemerintah Pusat acap kali tidak merepresentasikan kebutuhan Pemerintah Daerah.

Pada skenario **The Sage** (orang bijak), reformasi SKN diawali dengan memperhitungkan segala langkah reformasi yang dibutuhkan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC). Investasi dan perubahan berfokus pada pencegahan, memperkuat ketahanan kesehatan, dan transformasi layanan kesehatan primer. Ketika krisis seperti pandemi terjadi, sistem surveilans yang adekuat telah dapat mengidentifikasi dini kemunculan krisis, sehingga dengan cepat dapat ditindaklanjuti. Tata kelola regulasi dan aksi terhadap krisis tersebut juga tidak lagi bersifat reaktif dan responsif semata; melainkan mengikuti sistem yang sudah terencana baik sebelumnya. Para pemimpin di berbagai sektor dan tingkat pemerintahan, bersamaan juga dengan pemangku kepentingan swasta dan komunitas dapat berkoordinasi dengan lancar karena telah ada platform yang dibentuk dan diperkuat sebelumnya. Selain itu, kapasitas pelayanan kesehatan mampu menghadapi meningkatnya kebutuhan akibat krisis karena SDM dan infrastruktur lainnya sudah memadai. Pembelian barang atau inovasi baru yang dibutuhkan seperti vaksin tidak lagi terkendala secara finansial karena telah teranggarkan dan seluruh pemerintah daerah sudah berkomitmen untuk meningkatkan anggaran dana pembangunan kesehatan. Tidak lagi ada kelompok yang tertinggal akibat sulit dijangkau, justru kelompok rentan seperti anak, perempuan, penyandang disabilitas, pekerja informal, lansia, dan kelompok marjinal lainnya didahulukan untuk mendapat perlindungan dan pelayanan. Sistem yang ada juga tidak bergantung pada dinamika politik, lebih bersifat stabil, dan telah diadopsi mulai dari pemerintah pusat hingga kader kesehatan yang berada di garda terdepan. Semua pemangku kepentingan memiliki visi yang sama yaitu menuju SKN yang lebih adil, berkualitas, responsif, efisien, dan resilien.

Agar reformasi SKN dapat mengarah kepada skenario “*The Sage*”; berangkat dari *policy roadmapping* yang telah kami lakukan, kami menyajikan langkah-langkah strategis yang dapat dilaksanakan oleh semua pemangku kepentingan kesehatan untuk mencapai skenario ideal transformasi kesehatan pada tahun 2023.

Menuju Skenario Ideal: Peta Jalan Kebijakan

Mengkombinasikan pemindaian cakrawala dan evaluasi kebijakan dalam kerangka waktu spesifik, *policy roadmapping* dapat membantu pembuat kebijakan mendesain kebijakan yang antisipatif terhadap dinamika perubahan. Dalam konteks Health Outlook 2023, tim CISDI menggunakan *Hybrid oriented policy roadmapping* berfokus untuk merefleksikan status quo kebijakan kesehatan di Indonesia disertai dengan penyusunan langkah-langkah strategis yang dapat diampu oleh semua *stakeholder* kesehatan untuk mencapai tujuan jangka panjang transformasi kesehatan sepanjang tahun 2023. Adapun peta jalan kebijakan ini disusun untuk membantu para pemangku kepentingan mendesain kebijakan yang



berorientasi pada skenario *The Sage*, yang mana penguatan sistem kesehatan menyoal pada kebutuhan fundamental mencapai cakupan kesehatan semesta.

Terdapat tiga peta jalan kebijakan yang telah disusun oleh CISDI, sesuai dengan tiga isu prioritas penguatan sistem kesehatan nasional, yakni: (1) Penguatan layanan kesehatan primer, (2) Penguatan sistem kesehatan digital, serta (3) Tata kelola kesehatan global. Untuk setiap isu, kami menggali tiga aspek:

- *Drivers* yaitu tantangan atau kondisi yang mendorong kebutuhan akan perubahan
- *Policies instrument and regulatory change* yaitu instrumen kebijakan yang dapat menjawab tantangan
- *Sectoral development* yaitu sektor-sektor publik dan swasta yang berperan dalam mengubah dan menjalankan regulasi untuk menjawab tantangan.

Situasi tahun kemarin dianalisis secara retrospektif, sedangkan situasi jangka menengah di tahun 2023 dan jangka panjang dianalisis melalui pemecahan visi skenario “*the Sage*” menjadi langkah-langkah strategis yang dapat diambil oleh pemangku kebijakan.

Peta Jalan 1: Layanan Kesehatan Primer

Dalam jangka panjang, layanan kesehatan primer yang dituju adalah layanan yang tangguh menghadapi rentetan krisis yang terjadi secara global maupun nasional. Layanan kesehatan primer akan mampu bertahan dan berhasil memberikan akses layanan kesehatan esensial yang berkualitas walaupun terjadi pandemi, krisis keuangan, dinamika politik dan situasi tidak terduga lainnya. Hal ini karena layanan kesehatan primer sudah didukung secara tata kelola, pembiayaan, dan perbaikan model pelayanan. Adanya peningkatan postur pembiayaan, peningkatan kualitas alokasi anggaran di tingkat pusat dan daerah, integrasi antara layanan primer publik dan swasta, peningkatan dan pemerataan SDM, perbaikan koordinasi pemerintah pusat-daerah, dan upaya pemantauan, evaluasi serta pembelajaran yang berjalan menjadikan layanan kesehatan primer siap dan tahan akan berbagai tantangan.

Pada tahun 2023, seiring peningkatan beban penyakit mengikuti transisi demografi dan epidemiologi dan rencana transformasi pemerintah saat ini, tim peneliti melihat kemungkinan akan adanya peningkatan pemahaman dan komitmen pemerintah daerah untuk menguatkan layanan kesehatan primer, perbaikan infrastruktur dan mutu pelayanan kesehatan terutama di daerah tertinggal, evaluasi terkait ketidaksinambungan indikator proses dan capaian, dan terbentuknya langkah operasional integrasi layanan publik dan swasta. Akan tetapi, agar tujuan-tujuan baik tersebut dapat tercapai, dibutuhkan pengambilan dan pengembangan kebijakan-kebijakan di tingkat nasional hingga subnasional sebagai berikut:

1. Revisi Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 terkait Sistem Kesehatan Nasional untuk:
 - a. Mendetailkan pengaturan peran dan alur koordinasi multisektor (dibantu oleh Kemenko-PMK) yang memungkinkan adanya mekanisme hubungan kerja antar kelompok RT/RW/Dusun, kelurahan, kecamatan, puskesmas, posyandu dan lembaga lain. Kemendagri, Kemenko-PMK, Kemendes sebaiknya bekerja sama dengan Kemenkes.

- b. Menambahkan komponen surveilans dan penjabarannya menjadi lebih komprehensif
2. Regulasi yang berkesinambungan dari tingkat pusat hingga desa, bersifat multisektoral dan memiliki tupoksi yang jelas. Pada tahun 2023 dapat dimulai dengan pembuatan regulasi Posyandu Prima dengan petunjuk teknis yang operasional di seluruh wilayah di Indonesia (contoh: peraturan desa, peraturan bupati/walikota). Dibutuhkan kerja sama terutama sektor masyarakat, Kemendagri, Kemenko-PMK, dan Kemenkes.
3. Revisi Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2022 terkait kemitraan pemerintah dengan swasta (KPS) dengan mencantumkan insentif untuk pihak swasta dan penjabaran kewajiban mereka dalam pelayanan kesehatan primer. Regulasi ini dapat menjadi landasan untuk pembuatan regulasi kemitraan dengan pihak swasta dari sektor non-kesehatan untuk mewujudkan HiAP. Kemenkes dapat bekerja sama dengan Kemenkeu dan Bappenas.
4. Reformasi tata kelola JKN untuk meningkatkan kualitas layanan dan tata kelola data di tahun 2023. Selanjutnya reformasi jangka panjang untuk meningkatkan kepesertaan, pendapatan, mengatur strategi pembelian, dan bergerak ke arah sistem kapitasi berbasis risiko (*risk-adjusted capitation*). Untuk itu diperlukan koordinasi dan kerja sama antara Kemenkes, BPJS, dan pihak swasta.
5. Pelembagaan kader kesehatan sebagai SDM Kesehatan dengan pembuatan regulasi yang menjabarkan peran, hak, dan kewajibannya. Sehingga pada reformasi regulasi besar terkait SKN, kader kesehatan menjadi elemen penting SKN. Kemenkes dan Kemendagri dapat berdiskusi terkait hal ini dengan juga melibatkan masyarakat yang sudah atau akan menjadi kader, ditambah dengan perwakilan dan organisasi SDM lainnya.
6. Perbaikan regulasi penempatan SDM dan sistem remunerasi melalui pelibatan perwakilan SDM dan organisasi profesi di tahun 2023, dan di masa berikutnya bergerak untuk melibatkan sektor non-kesehatan agar terlibat dalam pemerataan dan kesejahteraan SDM di daerah. Terkait hal ini, Kemenkes sebaiknya bekerja sama dengan organisasi profesi dan Kemendagri.

Demikianlah opsi reformasi regulasi terkait tata kelola, pembiayaan, dan model pelayanan kesehatan yang ada yang dapat mempercepat gerak kita kepada skenario *The Sage*, terciptanya SKN yang mewujudkan UHC yang bertahan terhadap berbagai tantangan.

Peta Jalan 2: Sistem Kesehatan Digital

Sistem kesehatan digital yang diharapkan menopang SKN secara keseluruhan di masa depan adalah sistem yang terintegrasi mulai dari pusat hingga setiap daerah, hingga daerah tertinggal. Sistem ini didukung komitmen multisektoral untuk peningkatan pembangunan infrastruktur pendukung seperti jaringan internet dan ketersediaan perangkat lunak dan keras. Sistem yang terintegrasi tersebut juga dimanfaatkan dengan tepat dan efektif karena SDM dan SDM penunjang telah terlatih dan terkoordinasi. Masyarakat juga sudah paham dan mampu menggunakan teknologi digital agar dapat mengakses dan menggunakan sistem informasi yang ada. Hasilnya pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara berkualitas



karena waktu SDMK tidak habis untuk mengatasi kekurangan sistem digital yang ada. Semakin berkembangnya sistem digital, kemampuan masyarakat dan SDMK juga akan memungkinkan peningkatan akses pelayanan kesehatan terutama di daerah-daerah tertinggal terkait permasalahan yang bukan kegawatdaruratan.

Pada tahun 2023 ini, tim peneliti mengantisipasi kemungkinan adanya peningkatan sosialisasi program transformasi kesehatan digital Kementerian Kesehatan. Dengan berkembangnya program tersebut dan komitmen kementerian lintas sektor, akan ada perluasan jaringan listrik, internet, dan infrastruktur penunjang lain. Sosialisasi dan pelatihan SDMK juga mulai dilakukan agar terjadi integrasi sistem data yang dimiliki pemerintah pusat dengan sistem informasi yang telah dipakai oleh tiap daerah saat ini. Ada beberapa opsi kebijakan yang dapat diampu agar integrasi yang dilaksanakan berjalan dengan tepat dan digunakan untuk masyarakat yang paling membutuhkan:

1. Revisi Perpres 39/2019 tentang Satu Data Indonesia untuk mencantumkan Kemenkes sebagai Pembina Data Tingkat Pusat untuk sektor kesehatan. Hal ini akan memberikan legitimasi yang dibutuhkan Kemenkes melakukan transformasi kesehatan digital.
2. Kemenkominfo menerbitkan Permenkominfo tentang Standar Interoperabilitas Data yang menjadi acuan umum standar interoperabilitas data lintas kementerian/lembaga
3. Disusunnya Permenkes yang mengatur tentang agenda transformasi digital kesehatan yang tidak terbatas pada rencana strategis Kemenkes hingga tahun 2024 sehingga memastikan keberlangsungan terutama dengan dinamika tahun politik.
4. Disusunnya regulasi dan strategi penyesuaian kebutuhan SDM untuk agenda transformasi digital kesehatan, ditingkatkannya sosialisasi dan pelatihan SDM.
5. Penyesuaian produk regulasi termasuk program pelatihan SDMK di lingkungan Kemenkes yang berkaitan dengan UU PDP.
6. Adanya koordinator (*lead*) sektor yang memastikan agenda *e-government* di seluruh instansi dapat berjalan secara berkesinambungan.
7. Revisi Permenkes 43/2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat untuk memasukkan SDM IT atau Infokes sebagai SDM wajib puskesmas.
8. Adanya koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan Ditjen Dikti Kemendikbud, Ditjen Aptika Kemenkominfo, dan Organisasi Profesi terkait penyesuaian regulasi pendidikan untuk merespons kebutuhan transformasi digital kesehatan.
9. Disusunnya Permenkes/Permenkominfo terkait inklusi kesehatan digital (*digital health inclusion*) agar tidak mengeksklusi kelompok masyarakat tertentu yang kesulitan mengakses layanan kesehatan digital dan minim literasi digital.
10. Mengembangkan kelompok kerja teknis (*technical working group* (TWG)) sebagai wadah partisipasi komunitas/organisasi di luar pemerintah untuk berpartisipasi dalam penyusunan arah kebijakan, pengembangan inovasi, dan *scaling up* program/pembiayaan kesehatan digital.
11. Pengembangan interkoneksi data menjadi interoperabilitas data yang memungkinkan kedua pihak dapat berbagi-pakai data secara optimal, termasuk kepada pihak lain seperti Kemensos dan Dukcapil.

Dapat dilihat bahwa sektor dan institusi lain sangat berperan dalam pencapaian tujuan pembangunan sistem kesehatan digital yang ideal antara lain Kemenkominfo, Ditjen Tenaga Kesehatan, Kemenpan RB, serta Badan Kepegawaian Negara. Institusi lain yang sebaiknya bekerja sama juga adalah Kemendagri, Kemendes PDTT, BSSN, pemerintah daerah, perusahaan teknologi kesehatan swasta, dan organisasi sipil. Diharapkan Pusdatin Kemenkes dan DTO Kemenkes dapat lebih terintegrasi dan bekerja sama dengan optimal untuk menjadi koordinator kerja sama lintas sektor yang dibutuhkan.

Peta Jalan 3: Tata Kelola Kesehatan Global

Fenomena ketergantungan terhadap bantuan luar negeri oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah serta ketimpangan akses terhadap barang publik dan teknologi kesehatan menggambarkan tata kelola kesehatan global saat ini; meskipun dunia sedang menghadapi kedaruratan kesehatan akibat pandemi COVID-19.

Tata kelola kesehatan global yang diharapkan adalah yang melampaui tata kelola yang didasarkan pada dikotomi 'donor' dan 'resipien'. Sejumlah prinsip menggambarkan tata kelola kesehatan global yang ideal:

1. **Kontribusi universal.** Semua negara turut berkontribusi terhadap inisiatif kesehatan global sesuai dengan kemampuan dan semua negara menerima manfaat sesuai dengan kebutuhan.
2. **Komitmen berkelanjutan.** Inisiatif kesehatan global menjadi lebih berkelanjutan karena ditopang oleh komitmen jangka panjang yang dibuat oleh negara-negara untuk berinvestasi di barang publik.
3. **Tanggung jawab bersama.** Tata kelola kesehatan global menjadi lebih demokratis, inklusif, dan akuntabel dengan memberikan kesempatan terhadap negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah maupun pemangku kepentingan lainnya seperti organisasi masyarakat sipil untuk terlibat dalam pengambilan keputusan.
4. **Ko-kreasi.** Inisiatif kesehatan global memiliki proses yang dinamis, inklusif, dan partisipatif dalam menghasilkan solusi-solusi global yang berdampak dengan melibatkan lebih banyak negara berpenghasilan tinggi dan rendah serta rendah-menengah dan pemangku kepentingan relevan lainnya dalam proses perencanaan/desain, implementasi, dan pengawasan.

Posisi Indonesia yang lebih aktif dalam diplomasi kesehatan global sejak tahun 2022 merupakan suatu kesempatan. Di tingkat global, Indonesia dapat berkontribusi mengusulkan solusi-solusi global berdampak dan di tingkat nasional. Indonesia juga dapat memperkuat kapasitas nasional dalam mengemban misi diplomasi kesehatan maupun menerjemahkan hasil diplomasi kesehatan global itu sendiri untuk menopang dan memperkuat sistem kesehatan nasional. Terdapat sejumlah opsi kebijakan yang dapat diampu oleh Pemerintah Indonesia di dua tingkat, global dan nasional, untuk memastikan tata kelola kesehatan global yang mampu mengatasi ketimpangan akses dan sistem kesehatan nasional yang lebih kuat:



Opsi kebijakan tingkat global

1. Mengusulkan revisi Pasal 31 Perjanjian TRIPS untuk memungkinkan adanya rezim fleksibilitas TRIPS yang menciptakan ruang kebijakan bagi negara-negara untuk mengurangi dampak paten pada masa kedaruratan kesehatan.
2. Mendorong implementasi mekanisme *country coordinating mechanism* (CCM) di tingkat *Pandemic Fund* untuk mendorong pelibatan multipihak dalam perumusan proposal pendanaan dan pengawasan implementasi program *Pandemic Fund* di tingkat negara maupun mendorong *country ownership*.
3. Memanfaatkan momentum keketuaan ASEAN dengan memprioritaskan diskusi ACHPEED di tingkat kawasan untuk memastikan keberlanjutan pengembangan sistem kesehatan regional yang lebih kuat dan tangguh serta membangun rantai pasokan regional dan kemandirian untuk obat, alat diagnostik, dan vaksin yang efektif, aman, dan mudah diakses.
4. Memanfaatkan momentum keketuaan MIKTA untuk merealisasikan pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur obat, alat diagnostik, dan vaksin guna mendukung upaya diplomasi melalui G20.
5. Mendorong (dalam kapasitas sebagai negara sponsor penyusunan *Pandemic Treaty*):
(i) penyelarasan *Pandemic Treaty* dengan *financing facilities* di tingkat global untuk mengunci komitmen berkelanjutan pembiayaan ketahanan kesehatan di tingkat nasional; (ii) penyelarasan *Pandemic Treaty* dengan rezim hak kekayaan intelektual untuk meredefinisikan teknologi kesehatan sebagai barang publik; dan (iii) terbentuknya mekanisme koordinasi formal lintas negara, dari keadaan nir-ancaman hingga kedaruratan kesehatan guna meminimalisasi ketimpangan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi.
6. Terlibat aktif dalam negosiasi konten amandemen IHR untuk mendorong pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi lebih baik lagi melalui penguatan sistem kesehatan, tata kelola, dan juga akuntabilitas.

Opsi kebijakan tingkat nasional

1. Revisi Permenkes No. 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan guna memperluas mandat Pusjak KGTK untuk mengampu misi diplomasi kesehatan global.
2. Memformalkan mekanisme koordinasi lintas Kementerian/Lembaga melalui pembentukan sekretariat bersama untuk diplomasi kesehatan, maupun pengelolaan sumber daya alternatif untuk penguatan sistem kesehatan nasional.
3. Melembagakan mekanisme koordinasi lintas sektor (*public-private-community*) yang memungkinkan penyusunan prioritas penerjemahan agenda di tingkat global merefleksikan kebutuhan komunitas terdampak selaku penerima manfaat.
4. Memanfaatkan dana *Pandemic Fund* untuk penguatan sistem kesehatan nasional, melampaui peningkatan kapasitas lab.
5. Memobilisasi sumber daya domestik tambahan melalui skenario *innovative financing*, penguatan sistem pajak, dan kemitraan dengan sektor swasta untuk penguatan sistem kesehatan nasional.

6. Mengidentifikasi dan memetakan keterampilan yang akan dijadikan sebagai acuan penguatan kapasitas SDM terhadap praktik diplomasi maupun kebijakan kesehatan yang jelas untuk kemudian menciptakan *talent pool* “diplomat kesehatan.”



Policy Roadmapping – Primary Health Care Transformation

	<i>Present</i>	<i>Mid term</i>	<i>Long term</i>
Drivers	Pembiayaan untuk layanan kesehatan primer secara kuantitas dan kualitas alokasi masih terbatas disertai dengan kecilnya serapan anggaran di daerah	Meningkatnya postur pembiayaan untuk layanan kesehatan primer disertai dengan peningkatan kualitas serapan/realisasi anggaran.	
	Bergantungnya daerah pada dana transfer pusat, berakibat pada minimnya alokasi Pendapatan Asli Daerah (PAD) untuk pembangunan Kesehatan	Meningkatnya pemahaman dan komitmen Pemerintah Daerah mengenai komponen penguatan PHC serta mendorong komitmen anggaran di daerah untuk penguatan PHC	Meningkatnya proporsi komponen anggaran PAD serta kualitas alokasi dan serapan anggaran untuk penguatan layanan kesehatan primer
	Meningkatnya ancaman penyakit menular yang bisa dicegah dengan vaksin, penyakit menular zoonosis, dan penyakit tidak menular seiring dengan banyaknya Kejadian Luar Biasa (KLB) pasca pandemi COVID-19	Beban penyakit menular dan PTM yang tetap meningkat seiring transisi demografi dan epidemiologi penyakit pasca pandemi.	<i>Polycrisis</i> mulai dari krisis iklim, keuangan, politik yang dapat meningkatkan faktor risiko dan prevalensi penyakit, baik penyakit menular maupun yang tidak menular
	Pandemi COVID-19 telah mendisrupsi akses dan pelaksanaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat(UKM) di layanan primer		
	Layanan kesehatan primer swasta masih belum terintegrasi secara menyeluruh dengan layanan kesehatan primer pemerintah.	Terbentuknya <i>business process</i> , insentif, dan regulasi bagi pakai data yang memungkinkan terintegrasinya layanan kesehatan primer swasta dengan layanan kesehatan primer pemerintah.	Terintegrasinya layanan kesehatan primer swasta dengan ekosistem layanan kesehatan primer pemerintah, memungkinkan redistribusi peserta JKN ke FKTP swasta
	Terbatasnya kapasitas dan kualitas sumber daya kesehatan menyebabkan kurang maksimalnya pelayanan UKP dan UKM	Meningkatnya investasi pemerintah dalam peningkatan akses kesehatan berupa perbaikan infrastruktur dan mutu pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan primer di daerah yang masih tertinggal	Kapasitas dan kualitas sumber daya kesehatan berkualitas merata di seluruh wilayah Indonesia sesuai kebutuhan pelayanan UKP dan UKM

	<i>Present</i>	<i>Mid term</i>	<i>Long term</i>
	Peningkatan capaian indikator proses belum didampingi peningkatan capaian kesehatan	Revitalisasi program dan intervensi untuk peningkatan capaian kesehatan setelah adanya evaluasi terkait ketidaksinambungan antara indikator proses dan capaian	Indikator yang digunakan untuk monitoring dan evaluasi sudah tepat dan dapat memberikan gambaran capaian kesehatan secara berkala
	Kurangnya pelibatan pemerintah daerah, organisasi profesi, SDMK, dan masyarakat dalam penyusunan regulasi dan perencanaan program kesehatan	Tersedianya mekanisme formal untuk koordinasi lintas sektor yang memungkinkan pelibatan bermakna pemerintah daerah, organisasi profesi, SDMK, dan masyarakat dalam pembuatan regulasi dan program kesehatan yang lebih andal.	
Policies Instrument & Regulatory Change	Ketiadaan regulasi formal setingkat Peraturan Presiden terkait dengan pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Posyandu Prima	Dibentuknya Perpres terkait pelaksanaan ILP dan Posyandu Prima untuk mendorong koordinasi lintas sektor	Adanya kesinambungan regulasi dari tingkat UU hingga regulasi operasional tingkat desa terkait pelayanan kesehatan primer yang multisektoral dan dapat menjabarkan tupoksi setiap unit kerja
	Regulasi transformasi kesehatan baru didukung Bappenas, perlu ada regulasi dari sektor lain yang terkait <i>Health in All Policy</i> (HiAP)	Revisi Perpres No. 72 Tahun 2012 terkait Sistem Kesehatan Nasional untuk mengatur peran multisektor serta alur koordinasinya dalam perwujudan HiAP	
	Belum tersedianya kerangka regulasi formal untuk koordinasi lintas sektor bidang kesehatan	Dibentuknya Peraturan Presiden terkait koordinasi lintas sektor bidang kesehatan dibentuk dan secara jelas memaparkan peran tiap sektor dan jalur koordinasi	Tersedianya regulasi tingkat subnasional untuk membentuk tim koordinasi lintas sektor bidang kesehatan di tingkat subnasional, contoh adanya mekanisme hubungan kerja yang jelas dengan kelompok kerja dari tingkat RT/RW/Dusun, kelurahan, kecamatan, puskesmas, posyandu, dan kelembagaan lain sejenis
	Belum tersosialisasinya Permenkes 27/2022 mengenai kemitraan dengan pihak swasta yang mengatur peran pihak swasta terkait layanan kesehatan primer	Revisi Permenkes No. 27 Tahun 2022 terkait kemitraan dengan pihak swasta, mencantumkan mekanisme insentif dan kewajiban pihak swasta untuk berkontribusi dalam layanan kesehatan primer	Tersedianya kebijakan selevel Peraturan Presiden atau lebih yang mengatur secara jelas integrasi sistem dan layanan juga peran pihak swasta dalam kesehatan, juga sektor lain selain kesehatan yang berperan dalam mendukung kesehatan untuk semua (HiAP)
	Penguatan tata kelola JKN masih berfokus pada isu tarif layanan, belum menyentuh isu peningkatan kualitas layanan	Reformasi tata kelola JKN tidak berfokus pada skema penambahan <i>pooling</i> baru, tetapi fokus pada peningkatan kualitas layanan dan tata	Reformasi JKN mencakup peningkatan kepesertaan, meningkatkan pendapatan, lebih strategis dalam pembelian, dan mengarah terhadap <i>risk-adjusted</i>

	<i>Present</i>	<i>Mid term</i>	<i>Long term</i>
	kesehatan maupun tata kelola data.	kelola data untuk mendorong peningkatan akses pelayanan kesehatan serta pendapatan BPJS Kesehatan	<i>capitation</i>
	Belum ada regulasi terkait pelembagaan kader kesehatan yang mengatur insentif dan sertifikasi	Kader kesehatan diakui sebagai SDM Kesehatan dalam regulasi yang menjabarkan peran, hak, dan kewajiban kader kesehatan	Regulasi yang mengatur sistem kesehatan nasional menempatkan kader kesehatan sebagai elemen penting dalam sistem kesehatan nasional
	Terbatasnya definisi dan komponen surveilans dalam SKN (yang masih berfokus pada penyakit kronis)	Redefinisi makna surveilans yang lebih komprehensif dalam revisi Perpres No 72 Tahun 2012 mengenai SKN	Tersedianya regulasi operasional terkait surveilans penyakit secara komprehensif dan dioperasionalkan oleh Direktorat P2P
	Adanya ketidakpastian terkait regulasi penempatan pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia	Tersedianya strategi dan regulasi pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia dengan pengaturan untuk mekanisme remunerasi, supervisi, dan pengembangan profesional secara berkelanjutan	Sektor kesehatan berkoordinasi dengan sektor lain (sektor perumahan, keamanan, pendidikan dll) terkait regulasi pemerataan SDM untuk pemenuhan kebutuhan SDM di daerah
Sectoral Development	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kementerian Kesehatan – selaku koordinator 2) Masyarakat (individual, komunitas, organisasi sipil) – sebagai pengguna layanan yang pendapat dan pemikirannya dihargai dan diakui 3) Kementerian Keuangan 4) Kementerian Dalam Negeri (kapasitas SDM Kesehatan di daerah) 5) BAPPENAS (SPM Kesehatan) 6) BPJS Kesehatan 7) Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko-PMK) 8) Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi 9) Pihak swasta 10) SDM dan organisasi profesi SDM 		

Policy Roadmapping – Sistem Kesehatan Digital

	<i>Present</i>	<i>Mid term</i>	<i>Long term</i>
Drivers	Masih ada sekitar 21,3% puskesmas di Indonesia yang belum memiliki akses internet dan 23,8% puskesmas yang memiliki daya listrik sebesar <2200 VA	Adanya pemetaan kapasitas listrik dan jaringan internet layanan kesehatan terkait kebutuhan transformasi digital kesehatan	Sinergi antara Kemenkominfo, Kemenkes, dan stakeholders lain dalam alokasi dan realisasi anggaran infrastruktur teknologi informasi dan komunikasi, khususnya mengenai pemerataan ketersediaan teknologi digital dan jaringan telekomunikasi, serta pengoptimalan layanan digital pada sektor kesehatan
	Kasus korupsi yang menyeret Dirut BAKTI Kominfo di tengah lemahnya <i>maintenance</i> program BAKTI Kominfo untuk menjangkau wilayah blank spot	Adanya regulasi pemberian kewajiban penandatanganan pakta integritas anti suap bagi seluruh peserta tender dengan pemerintah	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan efektif terhadap proses pengadaan barang/jasa publik lewat digitalisasi proses tender yang memungkinkan publik untuk mengawasi secara mudah dan komprehensif - Reformasi birokrasi yang mendorong seluruh ASN, terutama ASN yang memiliki wewenang untuk melakukan tender pengadaan barang/jasa publik, untuk meningkatkan integritas, serta peningkatan remunerasi dan tunjangan untuk mitigasi praktik korupsi yang dilakukan ASN
	Ketimpangan akses, literasi digital, dan pengetahuan masyarakat terhadap perangkat dan jaringan teknologi digital untuk mengakses layanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya insentif untuk penyediaan perangkat dan jaringan teknologi digital bagi kelompok masyarakat yang terancam tereksklusi oleh layanan digital - Peningkatan program dan jangkauan edukasi tentang literasi digital bagi masyarakat 	
	Minimnya fasilitas layanan kesehatan primer yang memiliki tenakes khusus bidang Informatika Kesehatan (Infokes)	Adanya pelatihan, sosialisasi, <i>transfer of knowledge</i> kepada SDM kesehatan dan tenakes terkait literasi digital dan tata kelola, keamanan data dilakukan dengan memperhatikan konteks dan kapasitas lokal	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya perencanaan SDM Infokes yang bersifat <i>bottom up</i> - Adanya strategi/cetak biru untuk pemenuhan kebutuhan SDM Infokes yang terdiri dari aspek produksi (kurikulum, standar kompetensi, dsb), aspek pemerataan distribusi SDM Infokes, hingga aspek kesejahteraan dari SDM Infokes - Adanya strategi untuk <i>attract</i> talenta IT saat ini agar masuk ke ekosistem kesehatan nasional sebagai SDM Infokes

	Sebagian besar penanggung jawab RM merangkap tugas dan tidak memiliki latar belakang pendidikan RMIK/Infokes	Tenaga kesehatan berfokus pada pelayanan kesehatan dan pencatatan, karena sistem memudahkan mekanisme pelaporan	
	Data kesehatan yang terfragmentasi dan belum terstandarisasi	Transisi integrasi data memperhatikan konteks dan kapasitas lokal pemerintah daerah	Adanya strategi dan petunjuk teknis implementasi integrasi Satu Data Kesehatan khususnya pada daerah-daerah yang termasuk pada daerah <i>under-development areas</i>
	Timbangnya kapasitas daerah dalam berinovasi dan menerapkan teknologi digital untuk mengoptimalkan layanan kesehatan dan pengambilan kebijakan	Integrasi sistem informasi kesehatan yang dibangun oleh Kemenkes ke SIK existing yang dimiliki daerah	Adanya strategi implementasi satu data indonesia/kesehatan khususnya pada daerah-daerah yang termasuk pada daerah <i>under-development areas</i>
	Besarnya potensi investasi dan pembiayaan di bidang penelitian dan pengembangan teknologi kesehatan dan bioteknologi pasca pandemi COVID-19	Optimalisasi pelibatan masyarakat sipil, organisasi profesi, akademisi, dan sektor swasta dalam <i>channeling</i> dan perencanaan pengembangan teknologi kesehatan	
Policies Instrument & Regulatory Change	Ketidakjelasan status Kemenkes sebagai Pembina Data Tingkat Pusat untuk sektor kesehatan dalam Perpres Satu Data Indonesia	Revisi Perpres 39/2019 tentang Satu Data Indonesia untuk mencantumkan Kemenkes sebagai Pembina Data Tingkat Pusat untuk sektor kesehatan	
	Standar interoperabilitas data lintas sektor yang seharusnya dibuat oleh Kemenkominfo belum juga ditetapkan. Kemenkes membuat sendiri standar interoperabilitas mengacu pada FHIR	Kemenkominfo menerbitkan Permenkominfo tentang Standar Interoperabilitas Data yang menjadi acuan umum standar interoperabilitas data lintas kementerian/lembaga	
	Cetak biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan terbatas hanya sampai tahun 2024 karena hanya merujuk dan dibakukan lewat Permenkes 13/2022 tentang Perubahan Renstra Kemenkes 2020-2024	Disusunnya regulasi yang mengatur strategi dan agenda transformasi digital kesehatan Kementerian Kesehatan secara jangka panjang	Disusunnya regulasi yang mengatur strategi dan agenda transformasi digital kesehatan lintas sektoral secara jangka panjang
	Cetak biru Strategi Digital Kesehatan belum mencantumkan strategi	Disusunnya regulasi dan strategi penyesuaian kebutuhan SDM untuk agenda transformasi digital kesehatan, sejalan dengan regulasi pemerataan SDMK, bekerja sama dengan Ditjen Tenaga Kesehatan, Kemenpan RB, serta	



transformasi pada aspek tenaga kesehatan yang dibutuhkan	Badan Kepegawaian Negara	
Disahkannya UU PDP memerlukan adaptasi tata kelola keamanan data kesehatan, sayangnya ini belum terjadi secara konkrit.	Sosialisasi dan pelatihan SDM terkait UU PDP dan peraturan turunannya. Penyesuaian produk regulasi di lingkungan Kemenkes yang berkaitan dengan UU PDP (contoh: PP Sistem Informasi Kesehatan, Permenkes Rekam Medis, Permenkominfo Sistem Manajemen Pengamanan Informasi, dan Permenkes Penyelenggaraan Satu Data Kesehatan)	Penyesuaian kurikulum (di sektor pendidikan) dan SPM (di tingkat layanan) untuk mengadopsi ketentuan terkait UU Perlindungan Data Pribadi di sektor kesehatan
Struktur kelembagaan DTO merupakan bagian dari Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat yang sifatnya <i>ad hoc</i> dan ditetapkan hanya lewat Kepmenkes	Adanya lead sector yang memastikan agenda <i>e-government</i> di seluruh instansi dapat berjalan secara berkesinambungan Adanya regulasi/instruksi mengenai keberlanjutan reformasi birokrasi untuk penerapan <i>e-government</i> , salah satunya mengatur pengadaan ditjen yang berfokus pada penerapan <i>e-government</i> yang diisi oleh ASN jabatan fungsional komputer	
Permenkes 43/2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat belum memasukkan unsur SDM IT atau Infokes	Revisi Permenkes 43/2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat untuk memasukkan SDM IT atau Infokes sebagai SDM wajib puskesmas	Adanya strategi penguatan kapasitas daerah yang tergolong <i>under-development areas</i> yang berpotensi memiliki kesulitan untuk memenuhi SPM terkait SDM Infokes
Belum ada perubahan regulasi di bidang pendidikan tinggi yang khusus untuk merespons kebutuhan transformasi digital kesehatan	Perumusan regulasi yang mengatur koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan Ditjen Dikti Kemendikbud, Ditjen Aptika Kemenkominfo, dan Organisasi Profesi terkait penyesuaian regulasi pendidikan untuk merespons kebutuhan transformasi digital kesehatan	Evaluasi dan monitoring kebutuhan serta distribusi SDM terkait transformasi digital kesehatan di tingkat layanan
Belum ada regulasi atau panduan terkait <i>digital health inclusion</i>	Disusunnya Permenkes/Permenkominfo terkait <i>digital health inclusion</i> agar tidak mengeksklusi kelompok masyarakat tertentu yang kesulitan mengakses layanan kesehatan digital dan minim literasi digital	
<i>Technical Working Group</i> yang berisi unsur pemerintah, akademisi, dan masyarakat sipil dibentuk dan difasilitasi Kemenkes	Mengembangkan TWG sebagai wadah partisipasi komunitas/organisasi di luar pemerintah untuk berpartisipasi dalam penyusunan arah kebijakan, pengembangan inovasi, dan <i>scaling up</i> program/pembiayaan kesehatan digital	

	Interkonektivitas Data BPJS Kesehatan dan Kemenkes sudah dibangun ekosistemnya	Pengembangan interkonektivitas data menjadi interoperabilitas data yang memungkinkan kedua pihak dapat berbagi-pakai data secara optimal, termasuk kepada pihak lain seperti Kemensos dan Dukcapil
Sectoral Development	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pusdatin Kemenkes 2) DTO Kemenkes 3) Ditjen Tenakes Kemenkes 4) Ditjen Aptika Kominfo 5) BPJS Kesehatan 6) Kemendagri 7) Sekretariat Satu Data Indonesia Bappenas 8) Kemendes PDTT 9) BSSN 10) Pemerintah Daerah 11) Health Tech Company 12) Organisasi sipil 	



Policy Roadmapping – Tata Kelola Kesehatan Global

	<i>Present</i>	<i>Mid term</i>	<i>Long term</i>
Drivers	Terpilihnya Indonesia dalam keketuaan ASEAN 2023 disertai dengan Komitmen Pemerintah untuk penguatan kapasitas kesiapsiagaan, pencegahan, dan respon pandemi di kawasan (Asia Tenggara)	Keterlibatan Indonesia dalam sejumlah posisi strategis forum multilateralisme kesehatan global seperti: Indonesia sebagai troika G20 dan keketuaan Mikta 2023	
	Ketimpangan kapasitas dan akses pengetahuan dan teknologi produksi VTD	Revisi Pasal 31 Perjanjian TRIPS untuk memungkinkan adanya rezim fleksibilitas TRIPS yang menciptakan ruang kebijakan bagi negara-negara untuk mengurangi dampak paten pada masa kedaruratan kesehatan	<i>Pandemic Treaty</i> telah meredefinisikan teknologi VTD sebagai barang publik dan menyelaraskan rezim hak kekayaan intelektual dengan nilai teknologi VTD sebagai barang publik
	Timbang kuasa antara negara berpenghasilan tinggi, menengah, dan rendah-menengah dalam praktik tata kelola kesehatan global	Tata kelola kesehatan global didasarkan pada prinsip kontribusi universal di mana semua negara didorong untuk berkontribusi terhadap inisiatif kesehatan global; komitmen berkelanjutan di mana negara-negara memiliki komitmen jangka panjang untuk berinvestasi di barang publik, tanggung jawab bersama di mana semua negara dan pemangku kepentingan relevan lainnya terlibat dalam pengambilan keputusan; dan ko-kreasi di negara-negara dan pemangku kepentingan relevan lainnya terlibat dalam proses desain, implementasi, dan pengawasan suatu inisiatif kesehatan global.	
	Mekanisme keuangan internasional untuk pembangunan kesehatan yang tersedia belum memungkinkan adanya <i>country ownership</i> bagi penerima manfaat	Pemanfaatan dana <i>Pandemic Fund</i> untuk penguatan sistem kesehatan nasional, melampaui peningkatan kapasitas lab	
	Keterbatasan kapasitas fiskal menyebabkan ketergantungan negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah dalam skema hibah dan pinjaman luar negeri yang berisiko tidak berkelanjutan	Mobilisasi sumber daya domestik tambahan melalui skenario <i>innovative financing</i> , penguatan sistem pajak, dan kemitraan dengan sektor swasta untuk penguatan sistem kesehatan nasional bagi negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah	
	Pandemi COVID-19 mengekspos dan memperdalam ketimpangan sistem kesehatan nasional bagi negara di dunia	Menguatnya inisiatif regional untuk penguatan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons kedaruratan kesehatan	Menguatnya inisiatif global untuk penguatan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons kedaruratan kesehatan
	Tersedianya model <i>innovative financing</i> untuk mendukung agenda penguatan sistem kesehatan	Pembiayaan alternatif yang memungkinkan adanya <i>country ownership</i> , membuat negara tidak terlalu bergantung dengan sumber pembiayaan tersebut	

	nasional		
	Ketimpangan pengetahuan dan keterampilan teknis SDM yang terlibat dalam diplomasi kesehatan	Identifikasi dan pemetaan keterampilan yang akan dijadikan sebagai acuan penguatan kapasitas SDM terhadap praktik diplomasi maupun kebijakan kesehatan yang jelas	Tersedianya <i>talent pool</i> serta jenjang karir bagi “diplomat kesehatan”
	Terbentuknya ACHPEED sebagai modalitas penguatan kapasitas pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi di tingkat regional	Operasionalisasi ACHPEED berkontribusi terhadap penguatan kapasitas pencegahan, kesiapsiagaan, dan respon pandemi di tingkat nasional	
	Terpilihnya Indonesia sebagai satu dari tiga <i>focal point</i> ACHPEED		
	Komitmen multitalahunan Indonesia, Vietnam, dan Thailand untuk penguatan kapasitas ACHPEED di kawasan		
	Indonesia sebagai donor-resipien di <i>Pandemic Fund, the Global Fund, CEPI</i>	Dikembangkannya insentif yang memungkinkan semakin negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah mengambil peran sebagai donor-resipien dalam pembiayaan kesehatan global	Dekolonialisasi tata kelola kesehatan global dengan adanya perubahan dikotomi donor dan resipien menjadi kontributor
	Kegagalan multilateralisme kesehatan global dalam mengurangi ketimpangan akses, terutama kelompok rentan sebagai kelompok paling terdampak	Pandemic treaty telah memuat mekanisme koordinasi lintas negara dalam keadaan nir-ancaman maupun kedaruratan kesehatan. Terdapat penyalarsan antara pandemic treaty dengan global health financing facilities untuk mendorong penguatan sistem kesehatan nasional sebagai komponen dari ketahanan kesehatan global	
	Diakuinya keterlibatan organisasi masyarakat sipil dalam mekanisme tata kelola kesehatan global	Tersedianya mekanisme pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil sampai ke tingkat negara	
Policies Instrument & Regulatory	Mekanisme koordinasi lintas kementerian/lembaga untuk diplomasi kesehatan bersifat <i>ad hoc</i>	Memformalkan mekanisme koordinasi lintas Kementerian/Lembaga melalui pembentukan sekretariat bersama untuk diplomasi kesehatan, maupun pengelolaan sumber daya alternatif untuk penguatan sistem kesehatan nasional	



Change	Belum jelasnya mekanisme translasi dan <i>alignment</i> komitmen multilateralisme kesehatan global ke dalam penguatan sistem kesehatan nasional	Melembagakan mekanisme koordinasi lintas sektor (<i>public-private-community</i>) yang memungkinkan penyusunan prioritas penerjemahan agenda di tingkat global merefleksikan kebutuhan komunitas terdampak selaku penerima manfaat	
	Belum terlembaganya model CCM di tingkat <i>Pandemic Fund</i> , sehingga tidak ada kewajiban pelibatan multipihak dalam perumusan proposal pendanaan <i>Pandemic Fund</i> di tingkat negara	Pengimplementasian mekanisme CCM di tingkat nasional, memungkinkan pelibatan bermakna masyarakat sipil untuk penentuan prioritas program, perumusan proposal pendanaan, implementasi, pengawasan dan evaluasi program <i>Pandemic Fund</i> di tingkat negara.	
	Terbatasnya mandat Pusjak KGTK dalam mengampu misi diplomasi kesehatan global yang diusung oleh Kemenkes	Merevisi Permenkes 5/2022 guna memperluas mandat Pusjak KGTK untuk mengampu misi diplomasi kesehatan global dan memberikan dukungan anggaran, tenaga, dan pelatihan yang dibutuhkan	Restrukturisasi organisasi tata kerja kementerian kesehatan bidang kesehatan global untuk perubahan mandat Pusjak KGTK menjadi Direktorat Jenderal Kesehatan Global
	Pemanfaatan TRIPS flexibilities untuk peningkatan kapasitas penelitian dan manufaktur teknologi kesehatan (<i>medical countermeasures</i>)	Memprioritaskan misi diplomasi kesehatan dalam perundingan ACHPEED di tingkat kawasan untuk memastikan keberlanjutan pengembangan sistem kesehatan regional yang lebih kuat dan tangguh serta membangun rantai pasokan regional dan kemandirian untuk Vaksin, Terapi dan Alat Diagnostik (VTD) yang efektif, aman, dan mudah diakses	
	Pemerintah Indonesia terus mendorong translasi kesepakatan pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD di G20 melalui penyusunan analisis kebutuhan hingga penerjemahan komitmen ke dalam indikator konkrit	Memanfaatkan momentum keketuaan MIKTA untuk merealisasikan pembangunan jejaring pusat penelitian dan manufaktur VTD, sebagai track 3 diplomasi kesehatan guna mendukung upaya diplomasi melalui G20	Memanfaatkan platform mRNA hub facilities untuk diintegrasikan dengan penguatan kapasitas VTD baik di tingkat kawasan (ASEAN) maupun global seperti G20 dan MIKTA
	Proses negosiasi dan debat reformasi IHR dan penyusunan <i>Pandemic Treaty</i> saat ini belum menghasilkan kemajuan yang signifikan dalam mengusulkan solusi. Diskusi dipenuhi oleh pertanyaan prosedural, dengan sedikit usulan untuk perubahan substantif. Beberapa negara enggan menjadikan <i>Pandemic Treaty</i> sebagai instrumen yang mengikat secara hukum karena akan membutuhkan ratifikasi oleh setiap negara, yang mana hal tersebut dapat menjadi rintangan	Indonesia sebagai negara sponsor reformasi IHR dan penyusunan <i>Pandemic Treaty</i> mendorong: (1) Penyelarasan <i>Pandemic Treaty</i> dengan <i>Financing Facilities</i> di tingkat global untuk mengunci komitmen berkelanjutan pembiayaan ketahanan kesehatan di tingkat nasional; (2) Penyelarasan <i>pandemic treaty</i> dengan rezim hak kekayaan intelektual untuk meredefinisikan teknologi kesehatan sebagai barang publik; (3) Mendorong terbentuknya mekanisme koordinasi formal lintas negara, dari	Ditetapkannya <i>Pandemic Treaty</i> sebagai instrumen yang mengikat secara hukum memungkinkan adanya mekanisme akuntabel dan insentif baru penguatan sistem dan ketahanan kesehatan baik di level negara maupun secara kolektif di tingkat global. Negara di dunia telah memiliki mekanisme baru untuk mencegah, bersiap, dan merespon pandemi di masa mendatang

	politik yang substansial	keadaan nir-ancaman hingga kedaruratan kesehatan guna meminimalisasi ketimpangan kesiapsiagaan, pencegahan, dan respon pandemi	
Sectoral Development	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kemenkes 2) Kemenkeu 3) Kemenlu 4) Sektor swasta 5) Masyarakat sipil 		



Bab VIII

Kesimpulan dan Rekomendasi

*“The leader is one who, out of clutter, brings simplicity;
out of discord, harmony; and out of difficulty, opportunity.”*
-Albert Einstein-

Tahun 2023 menjadi tahun dengan momentum perubahan. Pembangunan kesehatan Indonesia di tahun 2023 tidak terelakkan dari berbagai tantangan dan risiko di level global maupun nasional. Berbagai dinamika politik, ekonomi, dan sosial masih akan mewarnai tahun 2023. Apapun tantangan dan situasi yang terjadi, Indonesia perlu mengupayakan pembangunan sistem kesehatan yang tangguh dan berdaya melalui pergeseran transformatif Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Visi reformasi SKN perlu diejawantahkan secara konkrit. Dibutuhkan *delivery* dengan ketepatan teknis serta antisipasi penuh terhadap kemungkinan variasi operasional lapangan. Terjadinya perubahan fundamental ini hanya mungkin bila tersedia komitmen politik yang tertinggi melalui prioritas anggaran, kebijakan serta struktur tata kelola yang dibutuhkan, dan kerjasama lintas sektoral dari tingkat nasional hingga subnasional. Bila reformasi SKN berhasil dikerjakan seutuhnya, maka kapasitas kesiapsiagaan, pencegahan, dan respon pandemi Indonesia terjamin ketangguhannya dalam menghadapi pandemi berikut.

Sebagai bagian dari reformasi SKN, dalam dokumen ini kami mendorong penguatan tiga pilar penting sebagai prioritas tahun 2023:

Layanan kesehatan primer tangguh dan berdaya

Indonesia membutuhkan layanan kesehatan primer yang tangguh dan mampu bertahan dari berbagai macam krisis untuk dapat memastikan tersedianya akses ke layanan kesehatan esensial yang berkualitas untuk masyarakat di berbagai situasi. Mencapai transformasi tersebut akan membutuhkan tambahan dan revisi sejumlah regulasi, yang akan berdampak pada perubahan dan integrasi sistemik yang diharapkan, didukung dengan anggaran dan SDM serta sistem informasi yang mumpuni.



Sistem kesehatan digital integratif dan inklusif

Perubahan transformatif sistem kesehatan dapat diakselerasi dengan pemanfaatan digitalisasi secara tepat guna. Pembangunan sistem kesehatan digital menjadi daya ungkit untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan di Indonesia. Menuju sistem kesehatan digital yang integratif dan inklusif akan membutuhkan revisi dan tambahan regulasi terkait, integrasi sistem, perlindungan data dan privasi, tambahan SDM dengan kualifikasi dan pelatihan tertentu, serta penyediaan infrastruktur dasar dan logistik.

Diplomasi kesehatan berbasis hak asasi manusia

Indonesia menerima kepercayaan bagi pemerintah Indonesia untuk memegang beberapa posisi penting kepemimpinan di institusi dan negosiasi tingkat global. Di tahun 2023, kesempatan ini perlu dimanfaatkan secara optimal bagi Indonesia untuk menyuarakan kesetaraan akses dan hak asasi manusia, terutama untuk negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah serta kelompok-kelompok paling rentan. Salah satu elemen penting dalam diplomasi adalah perumusan posisi nasional yang secara prinsip dan fundamental sejalan dengan prioritas pembangunan nasional. Karenanya, untuk menunjang berbagai posisi diplomasi yang pada tahun 2023 mulai dan sudah diemban oleh Indonesia, proses konsultasi perumusan posisi nasional harus diperkuat dengan visi jangka panjang; melibatkan masyarakat sipil dan berbagai pemangku kepentingan pembangunan lain.

Selain itu, Pemerintah Indonesia perlu terlibat aktif dalam negosiasi *Pandemic Treaty*, revisi *IHR*, juga *TRIPS*. Di tingkat regional, sebagai *Chairman ASEAN 2023*, Indonesia memegang momentum untuk memperkuat solidaritas negara ASEAN secara konkrit melalui penguatan kerjasama dan koordinasi regional untuk isu kesiapsiagaan, pencegahan, dan respon pandemi. Kemampuan Indonesia untuk berdiplomasi aktif akan membutuhkan dukungan sumber daya manusia yang mumpuni, kebijakan, serta koordinasi lintas kementerian dan sektoral, termasuk pelibatan masyarakat sipil.

Untuk memperkuat penguatan ketiga pilar tersebut, diperlukan lima upaya transformatif yang dapat dilakukan oleh semua pemangku kepentingan pada bidang kesehatan, di antaranya:

Proses perencanaan dan perumusan kebijakan dengan inklusif dan partisipatif, alokasi yang tepat, serta implementasi yang efektif dan efisien akan berkontribusi pada tercapainya target-target pembangunan kesehatan. Reformasi SKN membutuhkan pendekatan yang jauh berbeda. Tahun 2023 adalah tahun penentu. Sektor kesehatan bisa menjadi prioritas dalam agenda politik para kandidat, atau malah semakin tenggelam di kolam prioritas politik lainnya. Berangkat dari prinsip bahwa kesehatan adalah hak bagi semua, maka negara harus dapat menjamin setiap warga negara berhak untuk mendapatkan akses

ke layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Selain itu, penyusunan kebijakan kesehatan juga perlu mempertimbangkan kebutuhan masyarakat sebagai pihak yang terdampak, agar kebijakan yang dihasilkan merepresentasikan kebutuhan dan tidak justru melahirkan kerentanan baru dan/atau memperdalam kerentanan yang sudah ada.

Pemerintah Pusat perlu meningkatkan sinergi serta sinkronisasi perencanaan dan penganggaran demi meningkatkan kualitas alokasi anggaran kesehatan. Hal ini juga tidak terlepas dari masih tingginya ketergantungan Pemerintah Daerah terhadap dana transfer pusat dalam rangka pembangunan kesehatan di daerah. Sebagai catatan, apa yang dicanangkan di tingkat nasional, seringkali tidak tertangkap atau tidak dijalankan oleh pemerintah daerah. Hal ini memiliki dua kemungkinan, pertama, sosialisasi dan turunan peraturan hingga ke level operasional daerah belum dilakukan secara optimal. Kedua, pemerintah daerah belum siap untuk memberlakukan kebijakan nasional karena masih berusaha untuk memenuhi kebutuhan dasar daerahnya; ketiga, kebijakan nasional tidak sesuai dengan kebutuhan daerah. Perlu dikembangkan mekanisme formal yang memungkinkan perspektif pemerintah daerah diidentifikasi dan masuk dalam perencanaan hingga monitoring evaluasi

Memastikan kualitas pelayanan kesehatan primer dengan mendorong kebijakan: (a) integrasi layanan publik dan swasta agar 100% masyarakat dapat terjangkau oleh fasilitas kesehatan tingkat primer; (b) integrasi antara fungsi kesehatan masyarakat dan layanan primer (*primary care*) agar layanan kesehatan primer tidak hanya mencakup edukasi dan informasi kesehatan, namun juga termasuk layanan kuratif; (c) perbaikan sistem akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat primer yang secara objektif bisa memastikan kualitas layanan yang diberikan, dan (d) integrasi antara pendanaan sisi pasokan dan permintaan (*supply-side and demand-side financing*).

Penguatan kualitas SDM bidang kesehatan. beberapa hal perlu dilakukan mulai dari penataan dan penyesuaian kembali regulasi dan kebijakan produksi SDM kesehatan dan kader, mekanisme remunerasi dan insentif, dukungan supervisi, pelatihan berkelanjutan, pengadaan infrastruktur, hingga penyiapan berbagai instrumen kerja. Diperlukan juga peningkatan investasi untuk *in-service training* dengan *e-learning* dan pengaturan standar kompensasi berbasis kinerja. Selain itu, pemahaman SDM bidang kesehatan tentang literasi dan keamanan digital amat dibutuhkan, seiring dengan upaya transformasi sistem kesehatan digital. Dari perspektif *supply side* kerjasama bermakna antara pemerintah, pendidikan tinggi, dan swasta harus didorong untuk mendesain jalur karir yang lebih jelas untuk informatika kesehatan. Pemberian beasiswa serta penyusunan kurikulum berorientasi pada digitalisasi



sektor kesehatan didukung juga dibutuhkan untuk mencetak SDM yang dibutuhkan agar proses transformasi sistem kesehatan digital berjalan optimal.

Reformasi Sistem Kesehatan Nasional hanya akan berhasil bila birokrasi maupun masyarakat luas sama-sama bergerak untuk perubahan, dengan dampak yang terukur konkrit. Keberhasilan dari suatu inovasi ataupun perubahan, harusnya bisa dengan jelas terlihat melalui dampak pada status kesehatan masyarakat. Untuk itu, dibutuhkan sebuah *impact framework* yang kemudian diukur pencapaiannya melalui sebuah evaluasi dampak (*impact evaluation*). Hasil evaluasi dampak inilah yang menjadi dasar prinsip bahwa pelibatan masyarakat sipil adalah salah satu faktor penentu keberhasilan dalam proses reformasi. Pandemi telah mengajarkan kita bahwa implementasi kebijakan membutuhkan aktor pembangunan lain di luar pemerintah. Pemangku kepentingan dapat memformalkan proses perencanaan yang partisipatif dan bermakna lintas sektor melalui mekanisme konsultasi formal berjenjang dari desa hingga pusat. Masyarakat sipil dalam bentuk organisasi maupun kelompok yang berada di tingkat nasional, sub-nasional bahkan komunitas dibutuhkan untuk memastikan sebuah kebijakan tidak hanya dipahami dengan benar tetapi juga bisa dilaksanakan hingga tingkat komunitas.

Referensi

- Astro, M. M. (2022, December 31). Rekam jejak Vaksin Merah Putih. *ANTARA News*. <https://www.antaranews.com/berita/3330273/rekam-jejak-vaksin-merah-putih>
- Ahlqvist, T. (2012). Innovation policy roadmapping as a systemic instrument for forward-looking policy design. *Science and Public Policy* 39, 178–190
- BAPPENAS. (2022). *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Policy_Paper/Buku%20Putih%20Reformasi%20SKN.pdf
- Binekasri, R. (2023, January 25). *Pengumuman! Bio Farma Tunda Produksi Vaksin Covid-19*. CNBC Indonesia. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.cnbcindonesia.com/market/20230125092332-17-408017/pengumuman-bio-farma-tunda-produksi-vaksin-covid-19>
- California Department of Public Health. (2022, November 28). *Mpox*. CDPH. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/Mpox.aspx>
- Cartwright, N., & Hardie, J. (2012). *Evidence-based policy: A practical guide to doing it better*. Oxford University Press.
- CISDI. (2022). *Foresight Untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia*. CISDI. <https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/foresight-untuk-menata-masa-depan-layanan-kesehatan-primer-indonesia>
- CISDI. (2022). *Health Outlook 2022*. CISDI. <https://cisdi.org/akuntabilitas/laporan/cisdi-health-outlook-2022-habis-gelap-terbitkah-terang>
- Cisse, G. (2019). Food-borne and water-borne diseases under climate change in low- and middle-income countries: Further efforts needed for reducing environmental health exposure risks. *Acta Tropica*, 194, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.03.012>
- CNN Indonesia. (2022, October 28). 12.548 Desa Tak Tersentuh Internet, Apa Usaha Kominfo? *CNN Indonesia*. <https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20221028151207-192-866640/12548-desa-tak-tersentuh-internet-apa-usaha-kominfo>
- Coggi, P. T., & Regazzoni, C. J. (2022, January 19). *COVID-19 After Two Years: The Failure of Pandemic Governance*. Council on Foreign Relations. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.cfr.org/councilofcouncils/global-memos/covid-19-after-two-years-failure-pandemic-governance>
- Dongoran, H. A. (2023, January 15). Omnibus Law Kesehatan Titipan Siapa - Laporan Utama. *Majalah TEMPO*. <https://majalah.tempo.co/read/laporan-utama/167979/omnibus-law-kesehatan-titipan-siapa>
- Fuady, A. (2023, Januari 27). *BPJS, Siapa Paling Diuntungkan?* Retrieved from Kompas.id: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKFwjHulHE4Jn9AhWqJrcAHXlflBcQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.kompas.id%2Fbaca%2Fopini%2F2023%2F01%2F26%2Fbpjs-siapa-paling-diuntungkan&usq=AOvVawlaycehkD3TJOaGE_73m-CI
- Forque, F., & Reeder, J. C. (2019, June 13). Impact of past and on-going changes on climate and weather on vector-borne diseases transmission: a look at the evidence. *National Library of Medicine*. DOI: 10.1186/s40249-019-0565-1
- GAVI. (2021, March 19). *The next pandemic: Ebola?* Gavi, the Vaccine Alliance. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.gavi.org/vaccineswork/next-pandemic/ebola-virus>
- GBD 2019 Indonesia Subnational Collaborators. (2022, November). The state of health in Indonesia's provinces, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*, 10(11), E1632–E1645. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00371-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00371-0)
- Glassman, A. (2023). *The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises*. Center for Global Development.
- Herlinda, O. (2018, November 2). Development aid: A utopia that doesn't last. *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/academia/2018/11/02/development-aid-a-utopia-that-doesnt-last.html>
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th Edition* (10th ed.). International Diabetes Federation (IDF). <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- ITU-D. (n.d.). *Digital Inclusion Resolution*. Retrieved Januari 6, 2023, from <https://www.itu.int/en/ITU-D/Digital-Inclusion/Pages/Resolutions.aspx>
- Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J. S., & Gordeev, V. S. (2021, January 4). Sergeevich. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9>

- Katadata. (2021, Januari 2). *Tantangan Puskesmas dalam Perang Melawan Pandemi*. Retrieved from katadata.co.id: <https://katadata.co.id/ariayudhistira/analisisdata/5fed699086b75/tantangan-puskesmas-dalam-perang-melawan-pandemi>
- Kemendes. (2022, September 23). *Kontribusi Pertama Pemerintah Indonesia dalam Pendanaan Global Fund*. Sehat Negeriku Kemendes. Retrieved February 16, 2023, from <https://sehatnegeriku.kemdes.go.id/baca/rilis-media/20220923/1241119/kontribusi-pertama-pemerintah-indonesia-dalam-pendanaan-global-fund/>
- Kementerian Dalam Negeri. (2022, June 10). *Perkuat Pelayanan Kesehatan Primer, Mendagri Dukung Penerapan 3 Hal Ini di Daerah*. *DITJEN BINA PEMBANGUNAN DAERAH*. https://bangda.kemendagri.go.id/berita/baca_kontent/668/perkuat_pelayanan_kesehatan_primer_mendagri_dukung_penerapan_3_hal_ini_di_daerah
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Laporan Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019 Puskesmas*. https://labdata.litbang.kemdes.go.id/images/download/laporan/RFK/2019/lapnas/lapnas_puskesmas_rifaskes19.pdf
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019*. Kementerian Kesehatan. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/138635/permenkes-no-43-tahun-2019>
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan nomor 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta, Indonesia. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/111722/permenkes-no-8-tahun-2019>
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Tetap Produktif, Cegah, dan Atasi*. Infodatin Kementerian Kesehatan. <https://www.kemdes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin%202020%20Diabetes%20Melitus.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Riskesdas 2018*. http://labdata.litbang.kemdes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Referensi Integrasi Layanan di Puskesmas*. Retrieved January 12, 2023, from <https://link.kemdes.go.id/multi/Links/lists/ReferensiJuknisLP>
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024*. <https://dto.kemdes.go.id/Digital-Transformation-Strategy-2024.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2021, Februari 24). *Peraturan Menteri Kesehatan nomor 10 tahun 2021 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. [https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/169665/permenkes-no-10-tahun-2021#:~:text=Permenkes%20No.%2010%20Tahun%202021,19\)%20%5BIDIH%20BPK%20RI%5D&text=BN.2021%2FNo.172.go.id%203A%2033%20hlm](https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/169665/permenkes-no-10-tahun-2021#:~:text=Permenkes%20No.%2010%20Tahun%202021,19)%20%5BIDIH%20BPK%20RI%5D&text=BN.2021%2FNo.172.go.id%203A%2033%20hlm)
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Belanja Kesehatan Indonesia TA 2020 dan 2021*. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. <http://www.badankebijakan.kemdes.go.id/buku-saku-hasil-studi-status-gizi-indonesia-ssgi-tahun-2021/>
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Laporan Monitoring Tindak Lanjut Intra Action Review COVID-19*. Kementerian Kesehatan. <https://infeksiemerging.kemdes.go.id/document/laporan-monitoring-tindak-lanjut-intra-action-review-februari-2022/view>
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian kesehatan tahun 2020–2024*. DKI Jakarta, Indonesia. https://e-renggar.kemdes.go.id/file_performance/1-131313-1tahunan-502.pdf
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Permenkes Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Noninfrastruktur Kesehatan*. <https://drive.google.com/file/d/1wqk9fZWMhUydIbtiW5ostTb0Q-eTD21d/view>
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas*. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Profil Kesehatan 2021*. Kementerian Kesehatan. <https://www.kemdes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>

- Kementerian Kesehatan. (2022, September 23). Kontribusi Pertama Pemerintah Indonesia dalam Pendanaan Global Fund. *Sehat Negeriku*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220923/1241119/kontribusi-pertama-pemerintah-indonesia-dalam-pendanaan-global-fund/>
- Kementerian Kesehatan. (2022, November 19). *Pemerintah Bergerak Cepat Tangani Kasus Polio di Kabupaten Pidie*. *Sehat Negeriku*. Retrieved February 16, 2023, from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20221119/1841809/pemerintah-bergerak-cepat-tangani-kasus-polio-di-kabupaten-pidie/>
- Kementerian Kesehatan. (2023). *Vaksinasi COVID-19 Nasional*. Retrieved 2023, from <https://vaksin.kemkes.go.id/>
- Kementerian Sekretariat Negara. (2021, October 27). *Presiden Sampaikan Tiga Fokus KTT ASEAN Plus Three dalam Ketahanan Kesehatan*. Sekretariat Negara. Retrieved February 16, 2023, from https://www.setneg.go.id/baca/index/presiden_sampaikan_tiga_fokus_ktt_asean_plus_three_dalam_ketahanan_kesehatan
- Kepmenkes. (2021, Maret 8). *Keputusan Menteri Kesehatan No. HK. 01.07/Menkes/3605/2021 tentang Tim Akselerasi Reformasi Birokrasi dan Transformasi Kelembagaan Pusat (Central Transformation Office)*. <https://peraturanpedia.id/keputusan-menteri-kesehatan-nomor-hk-01-07-menkes-3605-2021/>
- Kepmenkes. (2022, September 14). *Keputusan Menteri Kesehatan No. HK 01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik*. https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh/1664868356_130610.pdf
- Klapsa, D., Wilton, T., Zealand, A., Bujaki, E., Saxentoff, E., & Troman, C. (2022, Oktober 29). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01804-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01804-9/fulltext). *The Lancet*, 400(10362), 1531-1538. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01804-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01804-9/fulltext)
- Kominfo. (2022). *Status Literasi Digital di Indonesia*. Kominfo. <https://cdn1.katadata.co.id/media/microsites/liidik/ReportSurveiStatusLiterasiDigitalIndonesia2022.pdf>
- Kontan. (2022, May 9). Dr. Rizka Andalucia, Apt Terpilih sebagai Anggota Dewan Investor CEPI. *Press Release*. <https://pressrelease.kontan.co.id/news/dr-rizka-andalucia-apt-terpilih-sebagai-anggota-dewan-investor-cepi>
- Kontan. (2022, May 9). *Dr. Rizka Andalucia, Apt Terpilih sebagai Anggota Dewan Investor CEPI*. Kontan. Retrieved February 16, 2023, from <https://pressrelease.kontan.co.id/news/dr-rizka-andalucia-apt-terpilih-sebagai-anggota-dewan-investor-cepi>
- Liputan 6. (2022, January 20). *Menlu Retno: Dukungan Terhadap COVAX Bukan Sekadar Charity, Tapi Kepentingan Bersama*. Liputan6.com. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.liputan6.com/global/read/4864887/menlu-retno-dukungan-terhadap-covax-bukan-sekadar-charity-tapi-kepentingan-bersama>
- Liputan 6. (2022, January 20). *Menlu Retno: Dukungan Terhadap COVAX Bukan Sekadar Charity, Tapi Kepentingan Bersama*. Liputan6.com. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.liputan6.com/global/read/4864887/menlu-retno-dukungan-terhadap-covax-bukan-sekadar-charity-tapi-kepentingan-bersama>
- Mahendradhata, Y., Andayani, N. L. P. E., Hasri, E. T., Arifi, M. D., Siahaan, R. G. M., Solikha, D. A., & Ali, P. B. (2021). The Capacity of the Indonesian Healthcare System to Respond to COVID-19. *Frontiers of Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649819>
- Marici, A. (2022, November 6). Kasus Gagal Ginjal Akut Anak di Indonesia Capai 323 Orang, 190 Meninggal Dunia. *Fimela*. <https://www.fimela.com/info/read/5117437/kasus-gagal-ginjal-akut-anak-di-indonesia-capai-323-orang-190-meninggal-dunia>
- Mazzucato, M., & Songwe, V. (2022, September 15). Failing the Pandemic Preparedness Test by Mariana Mazzucato. *Project Syndicate*. <https://www.project-syndicate.org/commentary/g20-pandemic-fund-underfunded-too-narrow-by-mariana-mazzucato-2022-09>
- McLaughlin, C. G. (2002). *Access to Care: Remembering Old Lessons*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464050/>
- New Jersey Department of Health. (2022, September 3). *Climate Change Impact on Human Health and Communities*. NJ.gov. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.nj.gov/dep/climatechange/docs/nj-scientific-report-human-health-addendum.pdf>
- New Jersey Department of Health. (2022, October 5). 2022 Polio Case in the United States: What You Need to Know. *New Jersey Communicable Disease Service*. https://www.nj.gov/health/cd/documents/topics/Polio/polio_provider_information_document.pdf

- Pandemic Fund. (2023, February 3). The Pandemic Fund Announces First Round of Funding to Help Countries Build Resilience to Future Pandemics. *World Bank*. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/02/03/the-pandemic-fund-announces-first-round-of-funding-to-help-countries-build-resilience-to-future-pandemics>
- Pemerintah Pusat. (2009). *Undang-undang (UU) nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- Peraturan Presiden. (2012). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/69210/Peraturan%20Presiden%20No%2072%20Tahun%202012.pdf>
- Peraturan Presiden. (2018, Oktober 5). *Peraturan Presiden No. 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/96913/perpres-no-95-tahun-2018>
- Peraturan Presiden. (2019, Juni 17). *Peraturan Presiden No. 39 Tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/108813/perpres-no-39-tahun-2019>
- Peraturan Presiden. (2022). *Peraturan Presiden (PERPRES) tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2023*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/223729/perpres-no-108-tahun-2022>
- Permenkes. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/218272/permenkes-no-5-tahun-2022#:~:text=Permenkes%20No.%205%20Tahun%202022,Kementerian%20Kesehatan%20%5BJDIH%20BPK%20RI%5D&text=BN.2022%2FNo.156.go.id%3A%2096%20hlm>
- Permenkes. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/218301/permenkes-no-13-tahun-2022>
- Permenkes. (2022, Juli 25). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan*. https://yankes.kemkes.go.id/unduhuan/fileunduhuan_1662610931_564143.pdf
- Pos Flores. (2022, July 22). Menkes Budi: Puskesmas Utamakan Promotif Preventif Bukan Mengobati Orang Sakit. *Pos Flores*. <https://www.posflores.com/kesehatan/pr-4413950143/menkes-budi-puskesmas-utamakan-promotif-preventif-bukan-mengobati-orang-sakit>
- Sarwal, Y., Sarwal, T., & Sarwal, R. (2021, July 6). Prioritizing pregnant women for COVID-19 vaccination. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13816>
- Satgas COVID-19. (2022). *Situasi COVID-19*. <https://covid19.go.id/situasi>
- Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B., & Siefer, A. (2021, Maret 17). Digital inclusion as a social determinant of health. *npj Digit. Med.* 4, 52. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00413-8>
- Stop TB Partnership Indonesia. (2020). *Hasil Survei Monitoring Protokol Pelayanan TBC di Masa Pandemi COVID-19*. Stop TB Partnership Indonesia. Retrieved December 6, 2022, from <https://www.stoptbindonesia.org/single-post/hasil-survei-monitoring-protokol-pelayanan-tbc-di-masa-pandemi-covid-19>
- Sunjaya, D. K., Paskaria, C., Herawati, D. M. D., Pramayanti, M., Riani, R., & Parwati, I. (2022, January 26). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07506-4>. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07506-4>
- Tobing, S. (2023, January 5). Mengenal BAKTI Kominfo, Terseret Kasus Korupsi di Kejagung - Sejarah Ekonomi *Katadata.co.id*. *Katadata*. <https://katadata.co.id/sortatobing/ekonopedia/63b67eaff2200/mengenal-bakti-kominfo-terseret-kasus-korupsi-di-kejagung>
- UHC 2030. (2022, October 2). *Action on health systems, for universal health coverage and health security*. UHC2030. Retrieved February 16, 2023, from https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Advocacy/UHC2030_Health_systems_narrative__actions_paper.pdf
- Undang-Undang No. 27 Tahun 2022. (2022, Oktober 17). *Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/229798/uu-no-27-tahun-2022>
- Universitas Indonesia. (2022, December 27). *Informatika Kesehatan untuk Perkuat Sistem Kesehatan lewat Kajian Bid Data Analytics*. Universitas Indonesia. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.ui.ac.id/informatika-kesehatan-untuk-perkuat-sistem-kesehatan-lewat-kajian-bid-data-analytics/>
- Victoria, A. O. (2022, August 16). *Bappenas: Anggaran pembangunan IKN capai Rp23,6 triliun di 2023 - ANTARA News Kalimantan Timur*. Antara News kaltim. Retrieved February 16, 2023, from

- <https://kaltim.antaranews.com/berita/165605/bappenas-anggaran-pembangunan-ikn-capai-rp236-triliun-di-2023>
- Weiss, R. A., & Sankaran, N. (2022, January 18). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8808746/>. *National Library of Medicine*. <https://doi.org/10.12703/r/11-2>
- World Bank. (2023). *Sharp, Long-lasting Slowdown to Hit Developing Countries Hard*. Washington DC: World Bank.
- World Health Organization. (n.d.). *Mpox (monkeypox) outbreak 2022 - Global*. World Health Organization (WHO). Retrieved February 16, 2023, from <https://www.who.int/emergencies/situations/monkeypox-oubreak-2022>
- World Health Organization. (2017). *Joint External Evaluation of IHR Core Capabilities of the Republic of Indonesia*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *WHO Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>
- World Health Organization. (2019). *Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2020). *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
- World Health Organization. (2021). *Global Tuberculosis report 2021*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- World Health Organization. (2021). *HIV*. World Health Organization (WHO). Retrieved February 16, 2023, from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
- World Health Organization. (2022). *Global Tuberculosis Report 2022*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Mpox (monkeypox) outbreak*. Retrieved 12 12, 2022, from <https://www.who.int/emergencies/situations/monkeypox-oubreak-2022>
- World Health Organization. (2022, August 4). *2022 Mpox Outbreak Global Map | Mpox | Poxvirus*. CDC. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>
- World Health Organization. (2022, October 7). *Episode #81 - Public Health Emergency of International Concern*. World Health Organization (WHO). Retrieved February 16, 2023, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/public-health-emergency-of-international-concern>
- World Health Organization. (2022, October 27). *Tuberculosis deaths and disease increase during the COVID-19 pandemic*. World Health Organization (WHO). Retrieved February 16, 2023, from <https://www.who.int/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic>
- World Health Organization. (2022, November 24). *Ebola disease caused by Sudan ebolavirus - Uganda*. World Health Organization (WHO). Retrieved February 16, 2023, from <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON425>
- World Health Organization. (2023). *Tuberculosis profile: Indonesia*. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22ID%22
- World Obesity Atlas. (2022). *World Obesity Atlas 2022*. World Obesity Federation. Retrieved February 16, 2023, from <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>
- Yong, C. (2022, July 25). Singapore reports 7th and 8th cases of monkeypox. *The Straits Times*. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/7th-and-8th-cases-of-monkeypox-confirmed-in-singapore>



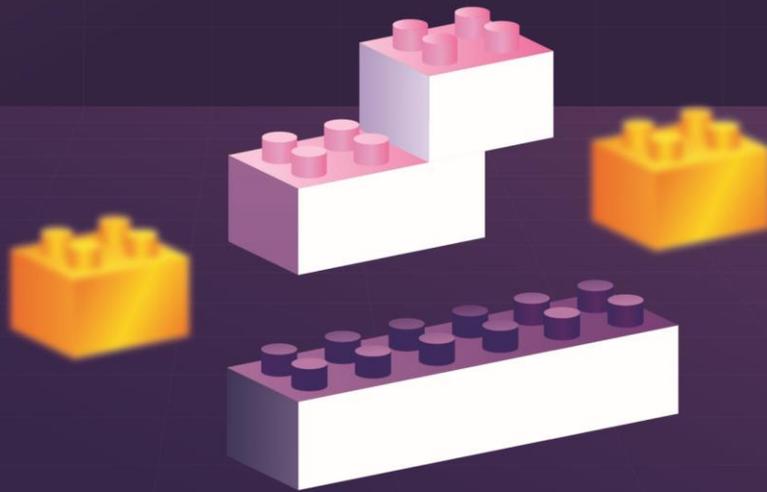
Annex 1. Ancaman Keamanan & Ketahanan Kesehatan

Penyakit Menular (<i>Communicable Disease</i>)		
Kategori	Status	
	Global	Nasional
Monkeypox	<p>Pertama kali terdeteksi interaksi dari manusia ke manusia pada 6 Mei 2022</p> <p>Kasus Monkeypox secara global per-23 September 2022 berjumlah 65415 kasus yang tersebar di 106 Negara</p> <p>Angka kematian akibat Monkeypox secara global mencapai dan 26 kasus tersebar di 12 Negara</p>	<p>Per- 20 Agustus 2022, Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa ada satu warga Indonesia terkonfirmasi positif Monkeypox yang sumber penularannya berasal dari perjalanan luar negeri</p> <p>Dugaan kasus monkeypox di Indonesia berjumlah 66 kasus, 1 Konfirmasi, 2 kasus suspek, dan 63 kasus discharged dimana 18 orang memiliki diagnosis klinis cacar air (<i>Varicella</i>)</p> <p>Pelacakan kasus konfirmasi monkeypox bukan dari surveilans pemerintah, melainkan inisiatif <i>self-testing</i> oleh penderita</p>
COVID-19	<p>Per tanggal 23 September 2022, kasus konfirmasi COVID-19 sejumlah 611 juta kasus dengan 6,5juta kematian</p>	<p>Per tanggal 25 September, kasus terkonfirmasi COVID-19 di Indonesia sejumlah 6 juta kasus dengan 158.014(2,5%) kematian</p> <p>Sedangkan untuk vaksinasi primer sudah mencapai 62,4% dari seluruh populasi dengan 74,6% sudah mendapatkan dosis 1 COVID-19</p>
HIV	<p>Secara Global, terdapat 38,4 juta orang yang hidup dengan HIV dengan total 650.000 kematian hingga akhir 2021 (WHO, 2023).</p>	<p>Jumlah kasus HIV positif mencapai 36.902 dan AIDS sebesar 5750 kasus di Indonesia.</p> <p>Dalam laporan profil kesehatan 2022, tercatat sekitar 4466 ibu hamil positif HIV di Indonesia</p>
TB	<p>Jumlah kematian akibat TB secara global hingga 2022 mencapai 66 Juta kasus, menjadi salah satu penyakit mematikan di dunia</p>	<p>Indonesia menempati posisi kedua negara dengan kasus TB total kasus dengan kasus insiden sebesar 301 per 100.000 penduduk</p> <p>Angka <i>treatment coverage</i> (TC) per tahun 2021 mencapai 47,1%, turun 20,5% dari capaian tahun 2018</p>
Malaria	<p>Secara global, diestimasikan jumlah kasus malaria mencapai 241 juta kasus pada tahun 2020 di 85 negara endemik Malaria</p> <p>Kasus kematian akibat malatia secara global diestimasikan mencapai 627.000 kasus pada tahun 2020</p>	<p>Pada tahun 2021, terdapat 4 provinsi yang telah ditetapkan eradikasi/ bebas malaria di Indonesia.</p> <p>Angka kesakitan Malaria atau Annual Pracite Incidence (API) pada tahun 2021 sebesar 1.12 per 1000 penduduk</p> <p>Semua kasus yang dilaporkan, 95,8% diantaranya telah terkonfirmasi laboratorium, 68,6% diperiksa secara mikroskopis dan 31,4% menggunakan Rapid Diagnostic Test (RDT)</p>

Penyakit Tidak Menular (Non-Communicable Disease)		
Kategori	Status	
	Global	Nasional
Kanker Paru Paru	Kanker paru-paru merupakan penyakit kanker kedua paling banyak di dunia. Tercatat lebih dari 2.2 juta kasus baru kanker paru secara global pada tahun 2020	Kanker paru menempati urutan ke-3 untuk kasus kanker di Indonesia dan nomor 1 terbanyak pada penderita pria. Ada sekitar 10-15% kasus kanker tipe <i>Small Cell Lung Cancer</i> (SCLC) yang merupakan jenis kanker paling agresif yang berkaitan dengan efek samping merokok. Per tahun 2019, angka kejadian tertinggi kanker paru sebesar 19,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian sebesar 10,9 per 100.000 penduduk
Diabetes	Prevalensi penyakit diabetes secara global tahun 2021 pada kelompok umur 20-79 tahun ter-estimasi sebesar 536,6 juta kasus	Hanya dalam rentan waktu 2 tahun, Kasus Diabetes di Indonesia menjadi hampir dua kali lipat. Pada Tahun 2019, Indonesia menempati urutan ke-7 dunia dan satu satunya negara Asia Tenggara (ASEAN) tertinggi dengan prevalensi kasus diabetes sebesar 10,7 juta kasus (Kemenkes, 2020). Namun pada tahun 2021 Indonesia menempati urutan ke 5 dunia dengan 19,5 juta kasus (IDF, 2021).
Obesitas	Di level ASEAN, 1 dari 20 laki laki (5,15%) dan 1 dari 11 wanita (9,31%) mengalami obesitas	Indonesia menjadi negara dengan urutan ketiga terbesar yang mengalami obesitas di ASEAN dengan prevalensi 14% kasus wanita dan 8% pria (World Obesity Atlas, 2022). Menurut Riskesdas 2018, Prevalensi orang dewasa dengan obesitas sebesar 35,4% di tahun 2018. Angka ini hampir 2 kali lipat jika dibandingkan dengan tahun 2007 sebesar 19,1% (Kemenkes, 2019).
Hipertensi	Per Agustus 2021, WHO mengestimasi-kan 1,28 juta populasi dewasa umur 30-79 dunia mengalami hipertensi, dimana dari $\frac{2}{3}$ populasi kasus berasal dari negara berkembang	Berdasarkan Riskesdas 2018 prevalensi hipertensi pada populasi usia 18 tahun sebesar 34,1%, dengan prevalensi tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%)

Stunting dan KIA	
Kategori	Status
Angka Kematian Ibu	Jumlah kematian ibu berdasarkan Profil kesehatan pada tahun 2021 menunjukkan 7389 kematian dengan peningkatan sebesar 4627 kasus dibanding tahun 2020. COVID-19 menjadi penyebab terbesar kematian ibu dengan total 2982 kasus
Angka Kematian Bayi	Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan dengan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, jumlah kasus tersebut menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Sedangkan penyebab kematian utama Neonatal 0-28 hari sebesar 34,5% karena Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan afiksisa sebesar 27,8%.
Stunting	Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) oleh BKPK Kemenkes Republik Indonesia tahun 2021, diketahui bahwa proporsi stunting Nasional sebesar 24,4% dengan kasus tertinggi terdapat di Nusa Tenggara Timur (37,8%), Sulawesi Barat (33,8%), dan Aceh (33,2%)(SSGI, 2021).





Akses dokumen *online*:

