

Laporan Penelitian

Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia

Convener:

Akmal Taher

Tim Peneliti dan Penulis:

Diah S. Saminarsih

Akmal Taher

Yurdhina Meilissa

Olivia Herlinda

Nadhira Febianisari

Reyhan Alemario

Rina Chomawati

© 2022

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia / AIPI
Gd. Perpustakaan Nasional RI Lt. 17-18
Jalan Medan Merdeka Selatan No.11 RT.11/RW.2,
Kecamatan Gambir, Jakarta Pusat, 10110
Telephone: (021) 22036293, F.(021) 3919614
Website: aipi.or.id
E-mail: info@aipi.or.id

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives / CISDI
Jalan Probolinggo No.40C RT.01/RW.02, Kelurahan Gondangdia,
Kecamatan Menteng, Jakarta Pusat, 10350
Telephone: (021) 3917590
Website: www.cisdi.org
E-mail: secretariat@cisdi.org

Kutipan yang disarankan:

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia & Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2022). **Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia**. Jakarta: AIPI & CISDI.

Daftar Isi

Daftar Isi	3
Daftar Bagan	5
Daftar Gambar	6
Daftar Tabel	7
Daftar Singkatan	8
Daftar Istilah	10
Kata Pengantar	12
Daftar Narasumber Ahli	14
Ringkasan Eksekutif	15
BAB 1 Konteks Layanan Kesehatan Primer (Primary Health Care): Apa, Mengapa, dan Kapan Saat yang Tepat untuk Transformasi	21
1.1. Urgensi transformasi layanan kesehatan primer dalam pandemi dan kronologi situasi ..	21
1.2. Mengapa PHC penting?	23
1.3. Konteks Global	23
1.4. Konteks Global dan Low Middle-Income Countries (LMICs).....	29
1.5. Konteks Indonesia	35
BAB 2 Metodologi Foresight untuk Kebijakan Transformasi Layanan Kesehatan Primer..	37
2.1. Apa itu <i>Foresight</i> ?	37
2.2. Metodologi <i>Foresight</i>	38
2.3. Mengapa melakukan <i>foresight</i> untuk Layanan Kesehatan Primer?	42
BAB 3 Pemindaian Cakrawala (<i>Horizon Scanning</i>)	44
3.1. Media Online	44
3.2. Twitter	49
BAB 4 Tantangan Struktural Layanan Kesehatan Primer di Indonesia	65
4.1. Pengungkit Strategis	66
4.2. Pengungkit Operasional.....	81

BAB 5 Interkoneksi antar sector: Menuju Kesehatan di Semua Kebijakan (<i>Health in All Policies</i>)	97
5.1. Sosial	97
5.2. Teknologi	98
5.3. Ekonomi.....	100
5.4. Lingkungan.....	100
5.5. Politik	101
5.6. Nilai.....	102
BAB 6 Pengembangan Skenario: Memetakan Kemungkinan Masa Depan Layanan Kesehatan Primer	103
6.1. Memahami skenario yang mungkin terjadi (<i>plausible scenarios</i>) dalam Primary Health Care.....	103
6.2. <i>Plausible Scenarios</i> – Skenario yang mungkin terjadi	104
BAB 7 Apa yang Harus Disampaikan dan Bagaimana Menyampaikannya? Rekomendasi Kebijakan dan Operasionalisasi Skenario	116
BAB 8 Apa yang Perlu Diwujudkan? Penutup	122
Lampiran	123
Referensi	135



Daftar Bagan

- Bagan 1. Kuadran Skenario *Foresight* PHC
- Bagan 2. Kerangka pemberian rekomendasi kebijakan transformasi PHC
- Bagan 3. Perjalanan Kebijakan PHC di Indonesia
- Bagan 4. *Foresight*
- Bagan 5. Metodologi riset yang digunakan
- Bagan 6. Proses *Foresight* (Miles 2002)
- Bagan 7. Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020)
- Bagan 8. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Sumber Pembiayaan Tahun 2019
- Bagan 9. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019
- Bagan 10. Pengaturan menciptakan insentif keuangan
- Bagan 11. Fragmentasi pada sistem informasi kesehatan di Indonesia
- Bagan 12. Kuadran Skenario *Foresight* PHC

Daftar Gambar

- Gambar 1. Jumlah pemberitaan media online dengan keyword layanan kesehatan primer, rumah sakit dan BPJS Kesehatan
- Gambar 2. Perbandingan jumlah berita online tahun 2009
- Gambar 3. Perbandingan jumlah berita online tahun 2010
- Gambar 4. Perbandingan jumlah berita online tahun 2020
- Gambar 5. Perbandingan jumlah berita online tahun 2021
- Gambar 6. Word cloud online media 2009 (n=2)
- Gambar 7. Word cloud online media 2010 (n=1)
- Gambar 8. Word cloud online media 2011 (n=6)
- Gambar 9. Word cloud media online 2012 (n=5)
- Gambar 10. Word cloud media online 2013 (n=52)
- Gambar 11. Word cloud media online 2014 (n=56)
- Gambar 12. Word cloud media online 2015 (n=148)
- Gambar 13. Word cloud media online 2016 (n=241)
- Gambar 14. Word cloud media online 2017 (n=469)
- Gambar 15. Word cloud media online 2018 (n=728)
- Gambar 16. Word cloud media online 2019 (n=1.276)
- Gambar 17. Word cloud media online 2020 (n=2.351)
- Gambar 18. Word cloud media online 2021 (n=2.424)
- Gambar 19. Frekuensi tweet setiap tahun mengenai Pelayanan Kesehatan Primer dibandingkan dengan rumah sakit dan BPJS Kesehatan
- Gambar 20. Peta DNA kenaikan iuran BPJS
- Gambar 21. Peta Analisa Sentimen JKN



Daftar Tabel

- Tabel 1. Perbedaan SPHC dan CPHC
- Tabel 2. Bukti dari Dampak Positif Penerapan PHC
- Tabel 3. Kejadian/drivers utama yang diperbincangkan di twitter menurut 100 tweet terpopuler
- Tabel 4. Kondisi Ruangan di Puskesmas
- Tabel 5. Kondisi Ruangan di Puskesmas Rawat Inap
- Tabel 6. Kondisi Bangunan Puskesmas Rawat Inap Berdasarkan Kategori
- Tabel 7. Gambaran Rancangan KBK Secara Umum
- Tabel 8. Matriks *Plausible Scenarios*

Daftar Singkatan

AAUPB	Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPP	Badan Penyantun Puskesmas
BPS	Badan Pusat Statistik
BUK	Bina Upaya Kesehatan
COVID	<i>Coronavirus Disease</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
DBD	Demam Berdarah <i>Dengue</i>
DID	Dana Insentif Daerah
DLP	Dokter Layanan Primer
DNA	<i>Discourse Network Analysis</i>
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan kepulauan
FCTC	<i>Framework Convention on Tobacco Control</i>
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HKPD	Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah
ILO	<i>International Labour Organization</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
INA CBGs	<i>Indonesia Case-based Groups (diagnosis-related groups)</i>
KBK	Kapitasi Berbasis Kinerja
KBKR	Keluarga Berencana dan Kesehatan reproduksi
KEK	Kekurangan energi Kronis
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KPI	<i>Key Performance Index</i>
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
LMIC	<i>Low-to-Middle-Income Country</i>
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i>
OOP	<i>Out-of-pocket</i>
OMS/CSO	<i>Organisasi Masyarakat Sipil/Civil Society Organization</i>
PAD	Pendapatan Asli Daerah



PC	<i>Primary Care</i>
PDB/GDP	Produk Domestik Bruto/ Gross Domestic Product
Perpres	Peraturan Presiden
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PMK	Peraturan Menteri Kesehatan
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
Prolanis	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i>
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	Rencana pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	Sumber Daya Manusia
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TKDD	Transfer ke Daerah dan Dana Desa
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UNRISD	<i>United Nations Research Institute for Social Development</i>
WHA	<i>World Health Assembly</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Daftar Istilah

<i>Buffer stock</i>	Metode yang digunakan agar bisa menjaga kestabilan harga pasar yang bergerak sangat fluktuatif
<i>Catchment area</i>	Daerah tangkapan
<i>Cost-based perspective</i>	Metode penetapan harga yang didasarkan pada biaya produksi, manufaktur, dan distribusi suatu produk
<i>E-catalog</i>	Sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang/jasa tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah
<i>Fee-for-service</i>	Model pembayaran di mana layanan tidak dibundel dan dibayar secara terpisah. Dapat juga diartikan sebagai metode pembayaran rumah sakit berjenis retrospektif, di mana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan kesehatan diberikan
Fiskal	Segala urusan yang berkenaan dengan pajak atau pendapatan negara
Formularium	Daftar obat-obatan yang digunakan untuk terapi tertentu yang dibuat oleh negara, pemerintah daerah atau rumah sakit
<i>Long term investment-based perspective</i>	Aset yang ingin dimiliki oleh individu atau perusahaan untuk jangka waktu lebih dari tiga tahun. Instrumen yang memfasilitasi investasi jangka panjang
Obat generik	Jenis obat yang memiliki kesamaan kandungan bahan aktif dengan obat paten, juga dalam hal kegunaan maupun formulasinya
<i>Out-of-pocket</i>	Biaya tambahan yang harus dikeluarkan terlebih dahulu oleh seorang dalam rangka melaksanakan tugas bisnis sebagai pemenuhan atas suatu biaya yang wajib dikeluarkan, selanjutnya dimintakan penggantian dari perusahaan. Dalam konteks JKN, peserta yang mendapatkan pelayanan kesehatan diharapkan pengeluaran kesehatan yang dikeluarkan dari kantong sendiri
PCare	<i>Primary Care</i> , aplikasi website milik BPJS Kesehatan yang digunakan untuk pendataan, registrasi, skrining, verifikasi sasaran, serta pencatatan vaksinasi COVID-19



Sistem rujukan horizontal	Rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan jika perujuk (fasilitas kesehatan) tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap
Sistem rujukan vertikal	Rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi, atau sebaliknya
Status quo	Suatu kondisi yang ada saat ini dan sedang berjalan
<i>Telemedicine</i>	Layanan medis online yang memungkinkan dokter atau tenaga medis memberikan pelayanan Kesehatan dari jarak jauh
Upaya Kesehatan Masyarakat	Selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
Upaya Kesehatan Perseorangan	Selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Kata Pengantar

Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI) dan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) bekerja sama melaksanakan kajian dan menerbitkan laporan berjudul **“Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia”**. Kajian dikerjakan dengan tujuan untuk memberi rekomendasi arah kebijakan bagi Pemerintah dan sebagai referensi bagi pemangku kepentingan lainnya. Kajian ini mengupas kondisi kebijakan kesehatan Indonesia, khususnya pada sistem kesehatan nasional dan layanan kesehatan primer, sejak sebelum pandemi hingga pandemi berlangsung dan konsekuensi perbaikan kebijakan yang dibutuhkan di masa datang.

Kajian ini merumuskan rekomendasi untuk perbaikan kebijakan memasuki tahun ketiga pandemi. Rekomendasi tersebut disusun berdasarkan bukti ilmiah global maupun regional serta pengetahuan eksplisit dan implisit yang diperoleh dari pengalaman bekerja di tingkat nasional, sub-nasional hingga akar rumput.

Prof. Dr. Dr. Med Akmal Taher SpU(K), dr, anggota Komisi Ilmu Kedokteran Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (KIK-AIPI), bertindak sebagai penyelenggara atau *convener* kajian. Proses penelitian dilaksanakan sejak April hingga November 2021 serta melalui proses analisis dan penulisan sejak Desember 2021 – Maret 2022. Penelitian, analisis, dan penulisan laporan dikerjakan oleh tim yang dipimpin Diah Satyani Saminarsih dan terdiri dari Prof. Dr. Dr. Med Akmal Taher SpU(K), dr, Yurdhina Meilissa, Olivia Herlinda, Nadhira Febianisari, Reyhan Alemario dan Rina Chomawati. Rudra Ardiyase dan Dedi Suhendi mengatur desain dan tata letak laporan. Konsep diseminasi dokumen dirancang dan diimplementasikan oleh Sadika Hamid, Iman Mahaputra Zein, Stella Yovita Arya Putri, Bagus Fachrudi, Naufal Randhika, Amru Sebayang, Zenithesa Gifta Nadirini, dan Tim Komunikasi CISDI.

Hasil kajian ini melalui proses peninjauan ulang sesuai standar dan prosedur yang berlaku di Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI). Kami berterima kasih kepada para peninjau yang telah memberikan wawasan kritis yang memperkaya kajian ini:

1. Prof. Dr. Ir. Antonius Suwanto, MSc
Komisi Ilmu Rekayasa AIPI
2. Prof. Mayling Oey-Gardiner, Ph.D
Komisi Ilmu Sosial AIPI
3. Dr. Pandu Harimurti, MPPM
Senior Health Specialist World Bank
4. Prof. Dr. Yunita Triwardani Winarto
Komisi Kebudayaan AIPI
5. Prof. Dr. Endang Sukara
Komisi Ilmu Pengetahuan Dasar AIPI
6. dr. Ahmad Fuady, M.Sc., Ph.D
Peneliti Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FK UI

7. Dr. Dhanasari Vidiawati Sanyoto MSc.CM-FM, Sp.DLP, FISPH, FISCM
Staf pengajar dari Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FK UI
8. dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH
Penasihat CISDI untuk Bidang Tata Kelola Pemerintahan dan Layanan Kesehatan Primer
9. Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D
Kementerian PPN/Bappenas

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

Daftar Narasumber Ahli

Convener :

Prof. Dr. Dr. Med. Akmal Taher, Sp.U(K), dr

Peneliti Utama dan Lead Facilitator

Delphi Method Discussion :

Diah Satyani Saminarsih, MSc

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc., MPH, PhD | 25 | Dr. Harif Fadhillah, S.Kp.,S.H.,M.Kep.,M.H |
| 2 | dr. Ahmad Fuady, PhD | 26 | Henny Supolo Sitepu, S.S, |
| 3 | Prof. dr. Ali Ghufuron Mukti, M.Sc., Ph.D | 27 | Prof . dr. Herawati Sudoyo, Ph.D |
| 4 | Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH. M.Kes | 28 | Ir. Heru Prasetyo |
| 5 | Dr. Anis Fuad | 29 | dr. Irvan Afriandi Grad.Dipl, OEH, MPH, Dr.Ph |
| 6 | Prof. Dr. Ir. Antonius Suwanto, MSc | 30 | dr. Isti Ilmiati Fujiati, MSc.CM-FM, M.Pd.Ked |
| 7 | dr. Ari Dwi Aryani, MKM | 31 | dr. Kalsum Komaryani, MPPM |
| 8 | Prof. drh. Aris Junaidi, Ph.D | 32 | Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D. |
| 9 | dr. Bachtis Alisjahbana, Sp.PD-KPTI, Ph.D | 33 | dr. M. Subuh, MPPM |
| 10 | Dr. Brian Sri Prahastuti | 34 | Prof. Mayling Oey-Gardiner, Ph.D |
| 11 | Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH | 35 | Dr. Pandu Harimurti, MPPM |
| 12 | dr. Dante Saksono Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D | 36 | Prastuti Soewondo, Ph.D |
| 13 | dr. Darius Erlangga, MPH | 37 | Prof. dr. Pratiwi Pujilestari Sudarmono, Ph.D., SpMK(K) |
| 14 | Prof. David Handojo Mulyono, SpPPD, FINASIM, Ph.D | 38 | Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D |
| 15 | Dewi Amila Solikha, SKM. MSc | 39 | dr. Putu Moda Arsana, Sp.PD-KEMD., FINASIM |
| 16 | Dewi Bramono, BS, MS, MBA | 40 | Prof. Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM(K) |
| 17 | dr. Donald Pardede, MPPM | 41 | Rimawan Pradiptyo, SE, M.Sc., Ph.D |
| 18 | dr. Elvina Karyadi, , MSc., SpGK, Ph.D | 42 | Prof. Dr. Satryo Soemantri Brodjonegoro |
| 19 | Dr. Emi Nurjismi, M.Kes | 43 | Prof. Dr. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med., Sc Ph.D |
| 20 | Prof. Dr. Endang Sukara | 44 | Prof. dr. Sultana Muhammad Hussein Faradz, Ph.D |
| 21 | Faisal Basri, S.E.,M.A | 45 | drg. Usman Sumantri, MSc |
| 22 | Gita Putri Damayana, S.H., LL.M | 46 | dr. Yodi Mahendradhata, MSc., Ph.D, FRSPH |
| 23 | Gita Syahrani, S.H., LL.M | 47 | dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH |
| 24 | Dr. RM Sri Hananto Seno, drg., Sp.BM(K), MM. | 48 | Prof. Dr. Yunita Triwardani Winarto |

Ringkasan Eksekutif

*Still, I shall be claiming with a sigh
Somewhere ages and ages hence:
Two roads diverged in a wood, and I—
I took the one less traveled by.
And that has made all the difference*
— **Robert Frost**

Setidaknya sejak Deklarasi Alma Ata di tahun 1978, dunia telah mengidentifikasi peran strategis layanan kesehatan primer (*Primary Health Care, PHC*) dalam sistem kesehatan. Namun sayangnya, banyak negara tetap belum berhasil, atau setidaknya harus melalui proses yang panjang, untuk mampu dengan utuh menetapkan arah kebijakan dan komitmen yang kokoh bagi layanan kesehatan primer. Penyampaian layanan yang mumpuni kerap gagal, walau bukti (*evidence*) tentang keunggulannya telah terkumpul puluhan tahun dari berbagai negara di dunia. Pandemi COVID-19 memberi kesadaran bahwa sejatinya kita tidak pernah benar-benar berhasil membangun suatu sistem kesehatan dengan fundamental PHC yang kuat. Padahal, sistem kesehatan yang tangguh dan fungsinya sebagai benteng pertahanan terdepan untuk menjamin status kesehatan masyarakat amat dibutuhkan; terutama saat ini.

Dibutuhkan perubahan struktural dan transformatif dengan tujuan jangka panjang. Bukan hanya untuk menyelesaikan pandemi melainkan juga untuk memastikan agar setelah pandemi berlalu; sistem kesehatan, khususnya layanan kesehatan primer, berada dalam “normal baru”¹ yang jauh lebih baik daripada kondisi sebelum pandemi.

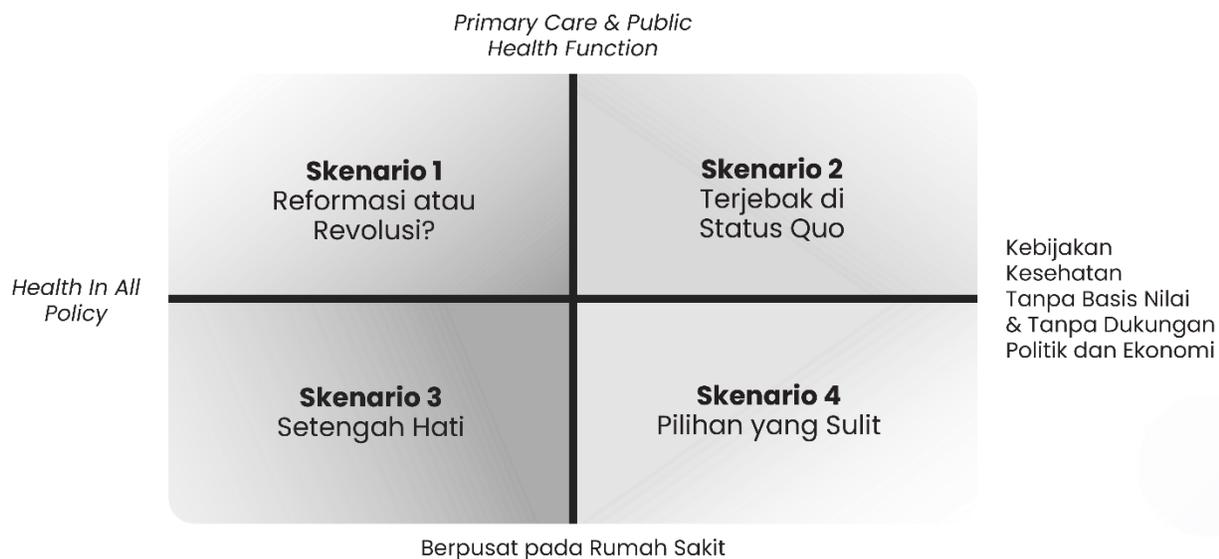
Kajian dilakukan dengan menggunakan metodologi *foresight*² dengan tujuan untuk secara ekstensif, strategis dan obyektif menghimpun berbagai *evidence* yang tersedia; mengumpulkan, mencatat, dan- memetakan sebanyak mungkin masukan publik dan para narasumber ahli; serta melihat keterkaitan antar sektor sebagai faktor-faktor yang memungkinkan tim peneliti untuk secara utuh memahami serta menganalisis keadaan di masa lalu dan masa kini. Berdasarkan pemetaan tersebut, tim peneliti kemudian secara

¹ Terminologi normal baru (*new normal*) merujuk pada tatanan institusi kesehatan baru.

² Kajian foressight atau tinjauan masa depan adalah penggunaan berbagai metodologi termasuk analisa tren utama dan pengembangan berbagai skenario guna mengungkapkan dan mendiskusikan berbagai kemungkinan dan gagasan tentang waktu yang akan datang.

strategis menelaah berbagai kejadian dan merefleksikan penggerak – tren – tantangan utama yang secara signifikan menandai kebijakan layanan kesehatan primer Indonesia. Selanjutnya dikembangkan empat skenario yang mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi (*equally plausible scenarios*). Skenario bertujuan untuk menunjukkan kemungkinan-kemungkinan kejadian di waktu yang akan datang, memetakan berbagai pendekatan yang dapat diambil, dan pada akhirnya memberi arah yang tepat untuk kebijakan layanan kesehatan primer kepada para pemangku kebijakan di tingkat nasional maupun sub-nasional; dan berbagai aktor pembangunan, termasuk para pegiat, dan organisasi masyarakat sipil. Dengan menggunakan metode *foresight*, rekomendasi kebijakan yang dihasilkan oleh kajian ini dapat dengan tepat menjawab tantangan struktural yang selama ini menjadi penghalang terjadinya penyampaian PHC yang transformatif.

Keunggulan PHC tidak lagi dipertanyakan. Namun, apa yang harus disesuaikan agar PHC dapat menjawab tuntutan publik untuk layanan kesehatan yang dapat diakses sekaligus berkualitas?



Bagan 1. Kuadran Skenario *Foresight* PHC

Skenario 1 : Reformasi atau Revolusi ?

Salah satu karakteristik skenario ini tercermin dari tata kelolanya. Pemerintah secara drastis memulai penerapan sistem merit dalam menata manajemen pemerintahan secara konsekuen. Dari perspektif kebijakan nasional kesehatan, hal ini berarti mengelola interaksi antara sayap politis di Kantor Sekretariat Presiden dengan sayap teknokratik di bawah koordinasi Kemenko PMK.

Skenario 2 : Terjebak di “Status Quo”

Memasuki tahun ketiga pandemi, masyarakat tidak diberikan harapan akan sebuah kehidupan baru yang menyelamatkan nyawanya. Berdasarkan situasi selama pandemi, skenario ini juga

memberi gambaran bahwa dengan kondisi “status quo”, kebijakan di luar sektor kesehatan yang sangat berpengaruh pada pencapaian target pembangunan akan lebih banyak berpegang pada perhitungan untung/rugi keekonomian jangka pendek.

Skenario 3 : Setengah Hati

Karakteristik utama dari skenario ini adalah tidak tuntasnya pengerjaan sebuah program sejak kebijakan yang melahirkannya hingga kegiatan yang mengikutinya. Selain itu, pergerakan untuk implementasi sebuah kebijakan hanya terlihat terbatas pada aparatur negara, tidak meluas kepada masyarakat yang lebih luas. Dari sudut penyampaian layanan untuk kesehatan, meski nampak ada upaya menuju *health in all policies*, *hospital centric* tetap lebih dominan daripada upaya edukasi dan preventif yang dikerjakan secara sistematis pada PHC. Pada akhirnya, *health in all policies* hanya berhenti sebatas slogan/retorika dan tidak pernah benar-benar terwujud.

Skenario 4 : Pilihan yang Sulit

Skenario ini menggambarkan kondisi jika kebijakan pemerintah dan parlemen mengubah perawatan kesehatan menjadi kemewahan, tanpa pertimbangan kesiapan untuk menangkis gunung es yang terbentang di depan, seperti pandemi atau kegawatdaruratan kesehatan lain di masa depan.

Ada tiga pergeseran transformatif yang harus terjadi:

1. Pergeseran dari sudut pandang pemenuhan akses menjadi pemenuhan akses dan kualitas

Tuntutan masyarakat untuk layanan kesehatan berkualitas terus meningkat, sesuai dengan perkembangan sistem kesehatan yang berpusat pada kebutuhan perorangan (*people-centered*). Termasuk di dalam PHC transformatif adalah kemampuannya untuk bisa memberikan layanan kesehatan tanpa batasan akses, berkualitas, dengan dilengkapi teknologi kesehatan terkini, namun tetap ekonomis (*affordable*).

2. Pergeseran dari fragmentasi menjadi integrasi Masyarakat seringkali mengalami layanan kesehatan yang terfragmentasi, seperti misalnya sistem rujukan yang tidak berjalan, perbedaan antara layanan di fasilitas yang dimiliki pemerintah dengan swasta. Seringkali juga, di dalam PHC sendiri terjadi pengkotakan antara layanan promotif preventif dengan layanan kuratif. PHC masa depan harus mampu mengintegrasikan semua elemen layanan komprehensif di dalamnya. Cara terbaiknya adalah melalui penempatan tenaga kesehatan yang bekerja dengan konsep tim dan juga bekerja bersama dengan kader kesehatan wilayah untuk menjawab semua kebutuhan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan.

3. Pergeseran dari perspektif jangka pendek dan reaktif yang berbasis biaya (*cost-based perspective*) menjadi perspektif jangka panjang dan berkelanjutan yang berdasarkan investasi jangka panjang (*long term investment-based perspective*)

PHC yang transformatif membutuhkan pergeseran cara pandang pembuat kebijakan dari melihat PHC sebagai suatu pusat biaya atau *cost-center* jangka pendek secara gradual menjadi PHC sebagai sebuah investasi jangka panjang. Investasi pada PHC memastikan biaya yang harus dikeluarkan untuk mengatasi angka kesakitan masyarakat dalam jangka waktu panjang menjadi jauh lebih rendah. Karena semua tindakan pencegahan maupun pengobatan yang dilakukan di tingkat primer jauh lebih murah dibandingkan dengan pengobatan di tingkat rujukan. Selain itu, dalam jangka panjang, investasi pada PHC memastikan tercapainya keadilan dan menunjukkan keberpihakan pemerintah pada kelompok rentan.

Agar ketiga pergeseran di atas bisa terjadi, kajian ini memberikan penjelasan serta analisis tentang lima reformasi mendasar yang harus terjadi, yaitu:

1. Reformasi kepemimpinan dan tata kelola

Dibutuhkan regulasi sistem kesehatan nasional yang lebih tinggi/mengikat seperti misalnya Undang-Undang, mengingat reformasi sistem kesehatan nasional dan transformasi PHC membutuhkan waktu yang panjang dan diikuti dengan komitmen anggaran.

2. Reformasi kebijakan publik

Dibutuhkan reformasi kebijakan, tidak hanya yang berkaitan langsung dengan kesehatan, namun juga pada kebijakan yang berhubungan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan yang mempengaruhi berbagai aspek kesehatan individu/masyarakat.

3. Reformasi model layanan

Reformasi ini dibutuhkan agar masyarakat menjangkau fasilitas kesehatan tingkat primer dengan layanan berkualitas. Untuk itu perbaikan sistem akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat primer yang secara objektif bisa memastikan kualitas layanan yang diberikan, mutlak diperlukan.

4. Reformasi Pembiayaan Kesehatan

Reformasi pembiayaan kesehatan membutuhkan integrasi antara sisi pasokan (*supply-side*) dan pembiayaan sisi permintaan (*demand-side financing*) serta reformasi manajemen keuangan publik untuk mendukung koordinasi, akuntabilitas, dan orientasi kinerja yang lebih baik dalam belanja publik.

Mengatasi ketimpangan tarif pemberi layanan sektor swasta dengan sektor publik, akan memberikan insentif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) swasta untuk meningkatkan kapasitas diagnostik dan layanan promotif preventif. Redistribusi kepesertaan agar peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak terpusat di puskesmas saja akan membantu terbangunnya ekosistem jasa layanan kesehatan berkualitas di tingkat FKTP.



5. Reformasi Sumber Daya Manusia (SDM Kesehatan)

Reformasi ini mencakup tidak hanya tenaga kesehatan, tetapi juga kader kesehatan. Negara-negara yang mempunyai sistem PHC yang kuat, memiliki kader kesehatan tidak hanya dalam jumlah banyak, namun juga berdaya dengan kapasitas tinggi. Lingkungan pendukung harus terbentuk agar mengoptimalkan pasar kerja untuk kesehatan dalam tiga ranah berikut: pendidikan, mekanisme insentif dan kebijakan redistribusi.

Namun, kelima reformasi di atas membutuhkan dua pilar pengungkit, pertama di tingkat strategis, kedua di tingkat operasional. Pengungkit tersebut dijabarkan sebagai berikut:

Level pengungkit strategis (OECD, 2019):

1. Komitmen politik dan arah kebijakan

Transformasi harus dimulai dari perubahan cara pandang. Transformasi PHC adalah investasi jangka panjang. Karena perspektif inilah, diperlukan kesesuaian kebijakan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga Rencana Strategis dan Rencana Kegiatan dan Anggaran Kementerian.

2. Komitmen anggaran

Alokasi APBN untuk PHC adalah 0,05% dari PDB. Sementara, berdasarkan rekomendasi WHO, dibutuhkan alokasi anggaran sebanyak 1% dari PDB agar transformasi PHC berhasil. Selain itu, memastikan bahwa BPJS Kesehatan mampu melakukan belanja strategis terutama terkait dengan akreditasi, pemastian kredensial (*credentialing*), dan kontrak pengalihan kerja (*contracting*), akan membantu memastikan efisiensi dan efektifitas penggunaan anggaran.

3. Pelibatan masyarakat

Integrasi kader kesehatan masyarakat ke dalam SDM Kesehatan adalah kunci dalam penataan masa depan PHC. Kader kesehatan harus memiliki standar kompetensi, kinerja, dan jalur karir yang mapan.

Level pengungkit operasional (OECD, 2019):

1. Penggunaan *big data* dan sarana kesehatan digital

Teknologi digital kesehatan perlu digunakan memastikan tersedianya data berkualitas sebagai masukan operasional untuk pembuatan kebijakan.

2. Pengembangan penelitian dengan orientasi pada PHC

Transformasi PHC memerlukan dukungan riset yang ekstensif dan pengembangan *body of knowledge* yang secara signifikan jauh melebihi apa yang tersedia saat ini. Hingga kini, setidaknya di Indonesia, PHC dan riset tentang sistem kesehatan belum menjadi bidang

yang terlalu diminati oleh para peneliti. Guna mewujudkannya, diperlukan pelibatan kementerian di luar sektor kesehatan, universitas, dan lembaga-lembaga penelitian.

3. Pembangunan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas dengan prioritas pada PHC.

Peran strategis sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas merupakan indikator keberhasilan dioperasionalkannya skenario ideal yang mempunyai keseimbangan antara Layanan Primer (*Primary Care*) dan Fungsi Kesehatan Masyarakat. Dalam konteks penataan masa depan, Komite Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kebudayaan Pendidikan dan Riset harus mendapatkan dukungan lebih luas dalam mengembangkan kebijakan Sistem Kesehatan Akademik (*Academic Health System*) agar perkembangan serta inovasinya tidak hanya sesuai tetapi juga membawa inovasi yang sesungguhnya telah inheren di dalam sistem tersebut. Melalui Sistem Kesehatan Akademik ini diharapkan terjadi peningkatan jumlah, kualitas, dan pemerataan tenaga kesehatan.

BAB 1

Konteks Layanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*): Apa, Mengapa dan Kapan Saat yang Tepat untuk Transformasi

“With the Declaration of Independence on August 17, 1945 the formation of a Government with its machine power (police and army), its territories and population, the Republic of Indonesia came into being. The Red-White flag was hoisted and the national anthem was heard in the smallest and most isolated places of Indonesia. It was previously gauged that this nation was going to face various difficulties if it was going to maintain its independence.

These difficulties were felt in all fields of work, including Public Health, especially before the transfer of sovereignty on December 27, 1949. Yet, it may be said that the Indonesians during its early stage of independence showed a strong will to maintain its freedom amidst hardships and difficulties and no less did it show its courage to surmount the barriers during the transition period, also in the field of health.”

– Johannes Leimena

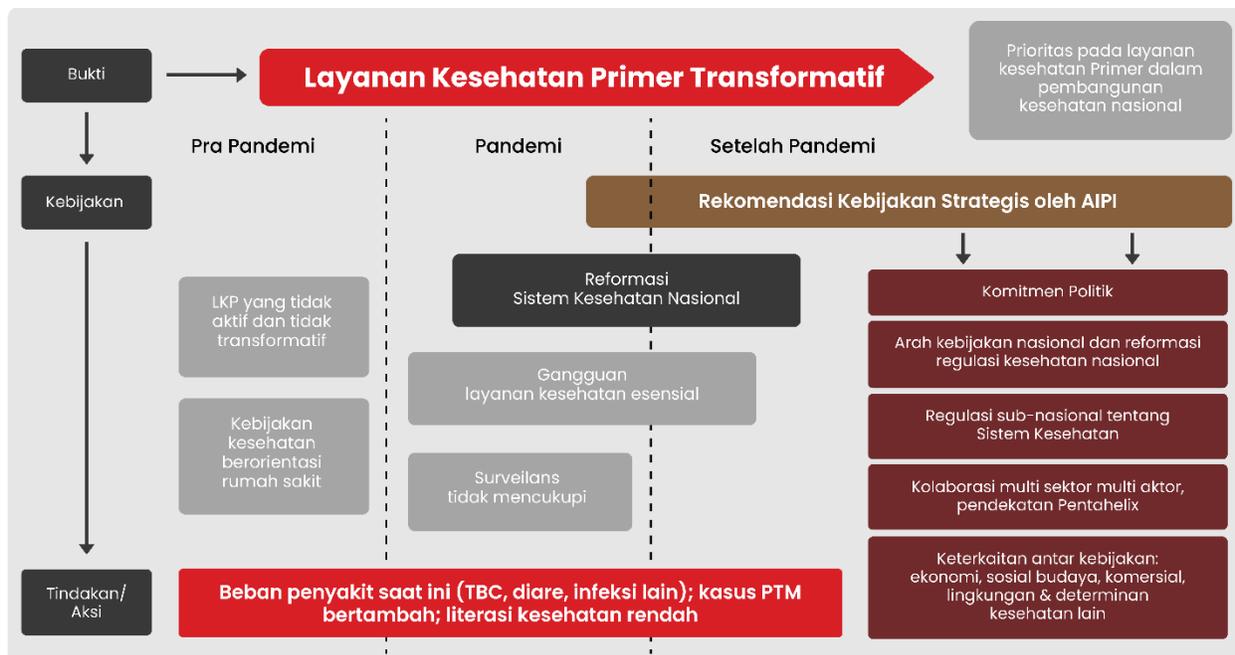
1.1. Urgensi transformasi layanan kesehatan primer dalam pandemi dan kronologi situasi

Pandemi COVID-19 telah berdampak berat pada terguncangnya sistem kesehatan bersamaan dengan kerugian ekonomi yang amat besar – jauh di atas ambang batas normal. Pada situasi krisis maupun dalam keadaan biasa, *Primary Health Care (PHC)* telah terbukti memberikan solusi yang ekonomis sekaligus menyelamatkan nyawa manusia. Namun, keberhasilan membangun kembali dan bangkit dari krisis yang disebabkan oleh pandemi COVID-19 membutuhkan perubahan struktural dan mendasar pada sistem kesehatan (World Bank, 2021).

Dampak pandemi dirasakan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Berangkat dari keprihatinan melihat dampak pandemi, Komisi Ilmu Kedokteran Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (KIK-AIPI) tergerak untuk melakukan kajian agar bisa memberikan rekomendasi kebijakan kepada Pemerintah, sesuai dengan mandatnya. Namun, AIPI menyadari bahwa situasi yang luar biasa seperti pandemi membutuhkan kerangka pendekatan dan metodologi yang berbeda. Hal itu bertujuan agar rekomendasi yang diberikan mempunyai kemampuan untuk memetakan perubahan yang mungkin terjadi, di tengah situasi penuh ketidakpastian yang disebabkan oleh pandemi.

Sebelum kajian dilakukan, KIK-AIPI menyepakati kerangka dan cakupan kajian yang akan dikerjakan. KIK-AIPI berpendapat bahwa kajian untuk transformasi PHC harus tetap setia pada pakem pembuatan kebijakan berbasis bukti yang telah mendarah daging dalam AIPI. Selain itu, KIK-AIPI berkeinginan untuk memberikan rekomendasi kebijakan yang tidak hanya digunakan dalam konteks respon pandemi, namun lebih jauh dari itu, yaitu untuk perbaikan menyeluruh pada arah kebijakan kesehatan dengan perspektif jangka panjang. Kondisi kebijakan kesehatan sebelum pandemi dan selama pandemi memengaruhi keadaan di masa setelah pandemi berakhir nanti. Reformasi sistem kesehatan nasional yang dipicu oleh pandemi sejatinya berdasarkan hal-hal yang telah terjadi sebelum pandemi dimulai. Sejalan dengan itu, reformasi tersebut juga tidak berhenti saat pandemi usai, tetapi terus dikerjakan hingga indikator-indikator kualitas serta kesiapan sistem kesehatan berada pada titik yang lebih baik dibandingkan dengan kondisi saat awal pandemi.

Rekomendasi kebijakan yang diberikan oleh AIPI mempunyai target untuk bisa secara tepat menjawab tantangan struktural yang dihadapi oleh sistem kesehatan nasional khususnya dalam PHC. Namun, di luar sektor kesehatan, rekomendasi ini dapat dengan jitu juga memberikan arah kebijakan yang tepat serta menjawab komitmen investasi ekonomi yang dibutuhkan dan kesiapan masyarakat secara optimal. Hal itu bertujuan agar sistem kesehatan nasional berhasil untuk lebih tangguh, siap menghadapi pandemi berikut; dengan layanan kesehatan primer transformatif sebagai ujung tombaknya.



Bagan 2. Kerangka pemberian rekomendasi kebijakan transformasi PHC

1.2. Mengapa PHC penting?

Dalam bab pertama ini, tim peneliti akan memberikan latar belakang dan pemahaman tentang konsep *Primary Health Care* (PHC). Dalam kebijakan kesehatan, termasuk penyajian layanan kesehatan, keterjangkauan atas layanan (*affordability*) itu bermakna penting. Dengan desakan dan kemajuan teknologi kesehatan, layanan kesehatan di tingkat rujukan (sekunder dan tersier) terus menelan biaya yang semakin besar. Efisiensi dan keberhasilan dalam ilmu-ilmu medis berjalan seiring dengan peningkatan biaya. Aksesibilitas terhadap teknologi menjadi isu, ketidakadilan dan ketidakberpihakan pada masyarakat luas yang tidak diuntungkan dari sudut sosial ekonomi menjadi tantangan terbesar. Oleh karena itu, layanan kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas menjadi keunggulan utama PHC. Tentu PHC tidak serta-merta lahir sebagai sebuah sistem yang transformatif, inovatif, dan sekaligus berkeadilan. Pada awalnya, PHC hanya berbicara mengenai pemerataan akses layanan kesehatan. Namun, seiring perkembangan kemajuan dalam kebijakan kesehatan, dengan sektor kesehatan bergeser menjadi sentral dari keseluruhan pembangunan, PHC yang transformatif (berkualitas namun terjangkau) menjadi jawaban dari kebutuhan masyarakat untuk layanan kesehatan.

1.3. Konteks Global

Konsep PHC

Kelahiran konsep *Primary Health Care* (PHC) berangkat dari kesadaran bahwa kesehatan adalah keadaan fisik yang utuh, kesejahteraan mental dan sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Selain itu, kesehatan adalah hak asasi manusia yang mendasar dan bahwa pencapaian tingkat kesehatan yang setinggi mungkin dapat dicapai melalui upaya kolektif, bukan hanya dari sektor kesehatan, tetapi juga sosial dan ekonomi (WHO, 2022a). Ini menandakan pergeseran konsep PHC dari perspektif tradisional bahwa kesehatan hanya merupakan ketiadaan dari penyakit, ke perspektif yang lebih luas bahwa kesehatan dipengaruhi oleh banyak determinan lain.

Primary Health Care (PHC) merupakan level pelayanan pertama dan terdekat di tingkat masyarakat. Menyediakan pelayanan kesehatan esensial yang didasarkan pada prinsip praktis, ilmiah, metode, dan teknologi yang dapat diterima secara sosial serta diakses secara universal oleh individu dan masyarakat melalui partisipasi penuh mereka dan tanpa hambatan biaya (WHO, 1978). Ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem kesehatan, yang merupakan fungsi sentral dan fokus utama dalam pembangunan sumber daya manusia. Konsep ini pun lahir melalui proses yang panjang.

1.3.1. Sejarah PHC (1930–1978)

1900–1930-an – Konsep kajian PHC dipengaruhi oleh banyak individu, proses pertemuan, dan juga publikasi (Litsios, 2015). Disinyalir terdapat juga pengaruh berbagai perkembangan dari jauh sebelum dekade awal abad ke-20. Program kesehatan rural di China dikembangkan dengan asistensi Yayasan Rockefeller dan Organisasi Kesehatan Liga Bangsa-Bangsa (League

of Nations Health Organization) di tahun 1930-an dan kemudian beberapa konferensi yang kemudian dilakukan dalam proses selanjutnya.

1937 – Konferensi *League of Nations Health Organization* yang diadakan di Bandung, Indonesia, dianggap merupakan salah satu tonggak pencapaian kesehatan masyarakat. Konferensi tersebut menggunakan pendekatan permasalahan kesehatan rural dari perspektif intersektoral dan interagensi yang berfokus tidak hanya pada kebutuhan untuk meningkatkan akses ke pengobatan modern dan kesehatan masyarakat, tetapi juga tantangan fundamental dari pendidikan, pembangunan ekonomi dan sosial (Brown & Fee, 2008).

1975 – Konsep PHC diusulkan pertama kali dalam sebuah kajian kepada Dewan Eksekutif WHO pada Januari 1975 dalam bentuk tujuh prinsip untuk diikuti oleh pemerintah agar dapat meningkatkan layanan kesehatannya. Pendekatan program UNICEF dalam layanan dasar, program ILO tentang kebutuhan dasar, dan program UNRISD tentang masyarakat sipil menyediakan model untuk kerangka kerja pembangunan yang sejalan dengan fokus komunitas dalam PHC (Freire, 1970; Ivan, 1973; Schumacher, 1973).

1978 – Layanan kesehatan primer dideklarasikan secara resmi melalui Deklarasi Alma Ata tahun 1978 di Kazakhstan, dimana 134 anggota WHA dari WHO meratifikasi Deklarasi tersebut (Litsios, 2015). Untuk pertama kalinya, dunia melalui WHO mengakui adanya ketimpangan dalam akses kesehatan, dan untuk itu menempatkan prinsip “Kesehatan Untuk Semua” sebagai tujuan utama.

1.3.2. Evolusi PHC (1979–2018)

Piagam Ottawa untuk Pemajuan Kesehatan (*Ottawa Charter for Health Promotion*) (1986)

Konsep PHC terus berevolusi dan berkembang dalam tahun-tahun selanjutnya. Deklarasi di tahun 1978, diikuti dengan sebuah konferensi internasional untuk memajukan kesehatan di Ottawa tahun 1986. Konferensi ini menekankan pada cara dan upaya pencapaian Kesehatan Untuk Semua (*Health for All*) melalui upaya pemajuan kesehatan. Pemajuan kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan pengendalian kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat (WHO, 2022b). Suatu individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, dan mengubah lingkungan untuk mencapai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh.

Peralihan ke PHC yang selektif (1993–2000)

Dalam perjalanannya, konsep PHC tidak terlepas dari pertanyaan dan tantangan mengingat PHC membutuhkan upaya perubahan yang radikal. Meski PHC sudah merevolusi cara kesehatan diinterpretasikan dan cara layanan serta sistem kesehatan seharusnya berjalan, Deklarasi Alma Ata banyak dikritik karena dianggap terlalu idealistis untuk dicapai dalam waktu yang tidak realistis, yaitu memberikan akses kesehatan untuk semua sebelum tahun 2000. Banyak yang berpendapat bahwa PHC lebih realistis dilakukan dengan pendekatan

vertikal, dengan berfokus pada penyakit di negara berkembang yang memiliki prevalensi paling tinggi dan paling mungkin untuk dikontrol (Rifkin, 2018).

Selain itu, dunia kesehatan global beralih ke konsep neoliberalisme sebagai struktur pembiayaan dominan yang didukung secara kuat oleh laporan dari *World Bank* yang berjudul *Investing in Health* (World Bank, 1993). Laporan ini merekomendasikan restrukturisasi sektor kesehatan untuk fokus pada layanan yang efektif dan hemat dengan peran negara yang minimal. WHO juga meluncurkan laporan senada yang berjudul *The World Health Report 2000: Health Systems; Improving Performance* (WHO, 2000).

Tujuan Pembangunan Millennium Development Goals (2000)

Pada tahun yang sama, Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs) diluncurkan. Kebijakan kesehatan global melalui MDGs juga menunjukkan peralihan dari pendekatan komprehensif PHC ke agenda yang lebih berfokus pada penyakit (*vertical diseases-focused*) (WHO, 2000), meski banyak dari tujuan tersebut dapat dicapai melalui penguatan di tingkat PHC.

Determinan Sosial Kesehatan (2000–2008)

Di tahun 2000, laporan *the World Development Report* menekankan kembali upaya mengurangi kemiskinan dan berfokus pada manusia dan determinan sosial (World Bank, 2000). Beberapa tahun kemudian, WHO menunjukkan komitmennya melalui pembentukan Komisi Determinan Sosial untuk Kesehatan pada tahun 2005 yang bertujuan menelusuri hubungan antara status kesehatan dengan determinan sosial. Laporan tersebut menemukan bahwa ketimpangan akses pada layanan kesehatan terjadi akibat berbagai aspek sosial dan ekonomi dan berdampak pada status kesehatan. Pada ulang tahun ke-30 Deklarasi Alma Ata di 2008, WHO menerbitkan *the World Health Report: Primary Health Care; Now More Than Ever* (WHO, 2008a), yang mendorong reformasi yang mencakup (a) cakupan kesehatan semesta untuk memastikan akses kesehatan yang setara; (b) layanan kesehatan untuk memastikan sistem kesehatan yang lebih berfokus pada manusia; (c) kepemimpinan untuk meningkatkan akuntabilitas otoritas kesehatan; dan (d) kebijakan publik untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan masyarakat.

Cakupan Kesehatan Semesta (2010)

Dalam situasi keterbatasan pembiayaan untuk kesehatan di tengah banyaknya permasalahan kesehatan, pada 2010 WHO mengeluarkan laporan *World Health Report: Health System Financing; The Path to Universal Coverage*, yang menempatkan PHC sebagai komponen penting untuk memastikan semua memiliki akses yang sama untuk layanan kesehatan yang berkualitas tanpa hambatan biaya (WHO, 2010).

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals) (2015)

Pada tahun 2015, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) menggantikan MDGs, khususnya target 3 yang mencakup target capaian untuk kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara komprehensif. SDGs juga menempatkan

PHC sebagai indikator yang harus dicapai oleh negara-negara (United Nations, 2022). Relevansi keberadaan PHC semakin kuat didorong untuk semua negara agar dapat mencapai tujuan-tujuan tersebut.

Deklarasi Astana (2018)

Memperingati 40 tahun upaya PHC dan Deklarasi Alma Ata, diselenggarakan Konferensi Global untuk PHC yaitu Deklarasi Astana pada tahun 2018 yang bertujuan untuk menekankan kembali fokus negara pada PHC. Hal tersebut juga bertujuan untuk memastikan semua orang, di mana pun ia berada, mendapatkan kesempatan yang sama untuk itu standar kesehatan yang setinggi mungkin. Bila Deklarasi Alma Ata masih berfokus pada pembangunan sistem PHC, lain halnya dengan Deklarasi Astana yang mengadopsi lingkup lebih luas dengan mengakui dan menekankan pentingnya komitmen politik untuk PHC dari berbagai pihak, mulai dari pemerintah, LSM, akademisi, dan organisasi lainnya (Jungo, et al., 2020).

1.3.3. Layanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) dan *Layanan Primer (Primary Care)*

Sejarah dan evolusi konsep PHC merupakan pembelajaran dari berbagai percobaan yang telah dilakukan untuk menerjemahkan definisi kesehatan WHO menjadi aksi. *Primary Health Care* (PHC) telah mengubah paradigma kesehatan dari definisi kesehatan yang terbatas pada riset biomedik, penyediaan layanan kesehatan oleh profesional dan rumah sakit, dan juga pusat kesehatan, kepada fokus yang lebih luas, yang mencakup determinan sosial kesehatan (Bhatia and Rifkin, 2013). Terdapat kritik tentang definisi tersebut, yang dianggap kurang memiliki panduan konkrit mengenai cara melakukan implementasi kebijakannya (Rifkin, 2018).

Dalam perjalanannya, definisi PHC pun sempat mengalami penyempitan makna. Dalam konteks sistem kesehatan, beberapa pemangku kepentingan bersepakat untuk menggunakan definisi yang lebih sempit, yakni *Layanan Primer* atau *Primary Care* (PC). Kedua istilah tersebut, PHC dan PC, sering digunakan bergantian untuk merujuk ke makna yang sama, namun tidak jarang juga menyebabkan kebingungan.

***Primary Health Care* (PHC)**

Konsep PHC oleh WHO menekankan pada kebutuhan membentuk PHC dalam kehidupan komunitas dengan partisipasi aktif mereka; bergantung terutama pada sumber daya masyarakat yang tersedia secara efisien; tersedianya pendekatan terpadu pelayanan preventif, kuratif, dan promotif bagi masyarakat dan individu; intervensi yang paling praktis dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih; sistem rujukan yang terintegrasi; dan bertujuan agar layanan PHC terintegrasi dengan layanan sektor lain yang terlibat dalam pengembangan masyarakat.

Deklarasi Alma Ata (WHO, 1978) menegaskan PHC memiliki mandat untuk:

1. Merefleksikan dan berevolusi sesuai kebutuhan dan kondisi karakteristik ekonomi, sosiokultural, dan politik di negara dan komunitas tersebut dengan berbasis bukti,
2. Menyediakan layanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif,

3. Mencakup edukasi, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit; suplai air bersih dan sanitasi dasar; kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana; imunisasi untuk penyakit menular; pencegahan dan kontrol penyakit endemik; pengobatan yang sesuai untuk penyakit dasar; dan ketersediaan obat-obatan esensial.
4. Multi sektor, terutama yang terkait dengan kesehatan dan pembangunan masyarakat,
5. Membutuhkan dan mempromosikan kemandirian komunitas dan individu serta partisipasi mereka dalam perencanaan, implementasi dan pengawasan PHC,
6. Keberlanjutannya dijaga melalui sistem rujukan terpadu, fungsional, dan suportif,
7. Bergantung pada tingkat lokal dan rujukan, seperti pada tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, bidan, jejaring serta kader terlatih yang dapat bekerja sama sebagai tim kesehatan yang secara responsif merespon kebutuhan kesehatan komunitas.

Dalam konteks Indonesia sendiri, definisi yang paling mendekati dengan konsep PHC merupakan definisi Puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, yaitu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat³ (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Payung kebijakan di Indonesia belum memiliki kebijakan yang spesifik.

Primary Care (PC)

Primary Care dalam definisinya memiliki cakupan yang lebih sempit dibanding PHC dan cenderung terbatas pada penyediaan layanan tingkat pertama saja. Definisinya sendiri bervariasi tergantung konteks dan situasi yang berbeda di tiap negara. WHO mendefinisikan PC sebagai berikut:

Primary Care adalah proses kunci dalam sistem kesehatan yang menyediakan layanan promotif, protektif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif untuk masyarakat. *Primary Care* merupakan model layanan yang mendukung perawatan yang berfokus pada kontak pertama, dapat diakses, berkelanjutan, komprehensif dan terkoordinasi. *Primary Care* bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan populasi dan mengurangi kesenjangan antar populasi dengan memastikan bahwa (semua) subkelompok memiliki akses yang sama ke layanan” (WHO, 2022c).

Dalam konteks Indonesia, *Primary Care* merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang menurut Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non-spesialistik (primer), meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam FKTP adalah Puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, praktik dokter layanan primer, rumah sakit kelas D pratama, beserta jaringannya (i.e. lab dan apotek, dll).

³ UKM terdiri dari UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial terdiri dari pelayanan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan keluarga, gizi, pencegahan dan pengendalian penyakit; UKM pengembangan merupakan kegiatan inovatif yang disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan di wilayahnya.

1.3.4. Hubungan antara *Primary Health Care* dan *Primary Care*

Untuk mengklarifikasi hubungan PHC dengan PC, Komisi Determinan Sosial untuk Kesehatan mencantumkan pernyataan berikut:

Deklarasi Alma Ata mempromosikan PHC sebagai upaya penting menuju kesehatan global yang adil dan baik – bukan hanya layanan kesehatan pada tingkat layanan primer, tetapi lebih pada model sistem kesehatan yang juga menyangkut penyebab sosial, ekonomi dan politik terkait kesehatan. (Commission on the Social Determinants of Health, 2008).

Menurut definisi WHO, PC merupakan salah satu komponen penting PHC. *Primary Health Care* (PHC) merupakan pendekatan masyarakat yang menyeluruh dengan tiga komponen utama: (a) PC dan fungsi kesehatan masyarakat esensial sebagai kunci dari layanan kesehatan yang terintegrasi; (b) kebijakan dan aksi multisektor; dan (c) pemberdayaan manusia dan komunitas (WHO, 2022c).

Layanan Kesehatan Selektif (*Selective Primary Health Care*) (SPHC) vs Layanan Kesehatan Primer yang Komprehensif (*Comprehensive Primary Health Care*) (CPHC)

Layaknya perdebatan PHC versus PC, perbedaan dalam definisi ini ada pada perbedaan cakupan pandangan, yaitu antara yang menggunakan pendekatan komprehensif mengenai kesehatan dan yang berfokus pada penyampaian layanan kesehatan. Perdebatan mengenai SPHC versus CPHC merupakan tema yang kerap muncul dalam menerjemahkan PHC secara operasional. Konsep *Selective Primary Health Care* (SPHC) berfokus pada penerapan kebijakan untuk penyakit yang memiliki prevalensi dan morbiditas tertinggi, risiko kematian tertinggi, dan kemungkinan pengendalian terbesar dalam hal biaya dan efektivitas intervensi. Konsep ini tidak melihat kesehatan sebagai holistik serta cerminan dalam keadilan dan determinan sosial. Sebaliknya, SPHC berpandangan bahwa kesehatan terbatas pada pemberian layanan kesehatan secara vertikal. Sangat berbeda dengan pendekatan *Comprehensive Primary Health Care* (CPHC) yang menekankan pada perbaikan kesehatan, yang mencakup partisipasi masyarakat, kolaborasi lintas sektoral, dan teknologi tepat guna (Rifkin & Walt, 1986).

Perbedaan mendasar antara SPHC dan CPHC dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Perbedaan SPHC dan CPHC

Pendekatan	SPHC	CPHC
Nilai	Efektivitas, efisiensi, efisiensi biaya	Kesetaraan, partisipasi komunitas, kolaborasi intersektoral
Konsep	Kesehatan sebagai ketiadaan penyakit	Kesehatan sebagai kesejahteraan
Orientasi dan akuntabilitas	Vertikal, kesehatan bergantung pada manajemen dan dukungan vertikal	Bergantung pada hubungan antara kesehatan dan sektor lain, dukungan komunitas dan pembangunan kapasitas
Cakupan waktu	Jangka pendek, bergantung pada donor dan program	Jangka panjang, bergantung pada populasi dan kesehatan masyarakat

1.4. Konteks Global dan Low Middle-Income Countries (LMICs)

Dalam beberapa dekade terakhir, kondisi kesehatan negara-negara dalam kelompok *low middle income countries* sudah berubah. Kebutuhan kesehatan meningkat, ekspektasi publik bertambah besar, dan banyak tujuan pembangunan kesehatan baru sehingga tidak lagi mungkin dicukupi dengan upaya dalam lintasan (*trajectory*) saat ini (Kruk, et al., 2010; Kruk, et al., 2018). Terlebih lagi, negara-negara di dunia telah berkomitmen mencapai *Sustainable Development Goals* pada tahun 2030 dan kesehatan penting dalam pencapaian tujuan pembangunan dunia tersebut.

Sistem PHC yang transformatif sekali lagi menjadi jawaban dari pertanyaan tentang *tool* yang bisa mempercepat pencapaian SDGs. Penelitian yang dilakukan oleh Kruk (2018) menyebutkan bahwa 8 juta kematian yang terjadi di negara-negara LMICs bersumber dari kualitas buruk sistem kesehatan. Pemberi layanan kesehatan juga sering tidak mampumemberikan layanan, dengan kualitas yang kurang dari setengah dari tingkat yang direkomendasikan. Sebagai contoh, hanya dua dari lima orang ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan diperiksa dalam satu jam setelah melahirkan. Akibat dari kegagalan sistemik ini, kurang dari seperempat populasi LMICs berpendapat mereka mempunyai sistem kesehatan yang bagus. Sementara di negara-negara maju, lima puluh persen populasinya percaya bahwa mereka mempunyai sistem kesehatan yang mumpuni.

Beberapa kajian sistematis menunjukkan manfaat dari PHC yang berfungsi dengan baik dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, memperbaiki efisiensi sistem kesehatan, dan ketimpangan akses kesehatan seperti ditunjukkan pada Tabel 2 (WHO, 2018b). Bukti tersebut menunjukkan investasi dan komitmen yang tinggi untuk PHC akan berdampak positif pada berbagai capaian pembangunan kesehatan masyarakat.

Tabel 2. Bukti dari Dampak Positif Penerapan PHC

PHC dapat memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat		
Indikator	Temuan	Referensi
Kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause</i>) dan kematian dengan penyebab spesifik (<i>cause-specific mortality</i>) (kanker, penyakit jantung, dan stroke)	Terdapat bukti kuat bahwa suplai dokter layanan primer (atau <i>Primary Care Physicians (PCPs)</i>) akan menurunkan kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause</i>) dan penyebab spesifik (<i>cause-specific</i>) Terdapat bukti kuat bahwa model pelayanan berkelanjutan berkontribusi ke penurunan kematian akibat segala penyebab (<i>all-cause mortality</i>)	4 tinjauan sistematis (Harrold, et al., 1999; Engström, et al., 2001; Machinko, et al., 2007; Gray, et al., 2018) 1 tinjauan non sistematis (Starfield, et al., 2005)
Kematian ibu, anak, dan neonatal	Terdapat bukti kuat bahwa layanan primer berkaitan dengan penurunan signifikan pada kematian ibu, anak, dan neonatal di LMICs	7 tinjauan sistematis (Perry, et al., 2017; Machinko, et al., 2009; Black, et al., 2017; Bhutta, et al., 2008; Christopher et al., 2011; Kruk, et al., 2009; Nkonki, et al., 2017)
Peningkatan kesehatan mental (kegelisahan, depresi, bunuh diri)	Terdapat bukti kuat bahwa intervensi layanan primer dapat memberikan dampak positif pada ukuran keparahan depresi, kegelisahan, dan bunuh diri	5 tinjauan sistematis (Conejo-Cerón, et al., 2017; Fernandez, et al., 2015; Smith, et al., 2016; Smith, et al., 2018; Muntingh, et al., 2016) 1 tinjauan non sistematis (Dueweke, et al., 2018)

PHC dapat meningkatkan efisiensi layanan

Indikator	Temuan	Referensi
Total hospitalisasi (angka rawat inap di rumah sakit)	<p>Terdapat bukti kuat bahwa modal pelayanan berkelanjutan dapat menurunkan total hospitalisasi</p> <p>Beberapa bukti menunjukkan bahwa program manajemen kasus di layanan primer berkaitan dengan pengurangan total hospitalisasi (menurunkan beban negara dalam biaya kesehatan yang ditanggung oleh negara)</p>	4 tinjauan sistematis (Huntley, et al., 2016; Cabana & Jee, 2004; Worrall & Knight, 2006; Sans-Corrales, et al., 2006)
Hospitalisasi yang dihindarkan	Terdapat bukti kuat bahwa suplai dan akses yang lebih baik pada dokter layanan primer (DLP) dapat menurunkan jumlah hospitalisasi	3 tinjauan sistematis (Wolters, et al., 2017; Rosano, et al., 2013; van Loenen, et al., 2014)
<i>Hospital readmissions</i> (angka pasien yang dirawat kembali setelah sebelumnya menerima perawatan di rumah sakit dalam kurung waktu tertentu)	Beberapa bukti menunjukkan program manajemen kasus dan kasus transisional dapat menurunkan <i>hospital readmissions</i>	3 tinjauan sistematis (Jones, et al., 2016; Joo & Liu, 2017; Verhaegh, et al. 2014)
Kasus kegawatdaruratan	<p>Terdapat bukti kuat yang menunjukkan penurunan akses ke layanan primer berhubungan dengan kenaikan kasus kegawatdaruratan</p> <p>Terdapat bukti kuat bahwa layanan berkelanjutan berkaitan dengan penurunan kasus kegawatdaruratan</p>	6 tinjauan sistematis (Cabana & Jee, 2004; Worrall & Knight, 2006; Huntley, et al., 2017; Caret, et al., 2009; Kirkland, et al., 2018; O'Malley, 2004)

PHC dapat meningkatkan efisiensi layanan

Indikator	Temuan	Referensi
Biaya perawatan kesehatan	Terdapat beberapa bukti bahwa suplai DLP, penyedia spesialisasi, keberlanjutan layanan, dan peningkatan akses ke layanan kesehatan dapat menurunkan total biaya kesehatan	5 tinjauan sistematis (Harrold, et al., 1999; Sans-Corrales, et al., 2006; Kirkland, et al., 2018; Stokes, et al. 2015; Jackson, et al., 2013)

PHC dapat memperbaiki ketimpangan akses ke layanan kesehatan

Indikator	Temuan	Referensi
Akses yang setara	<p>Beberapa bukti menunjukkan bahwa layanan primer dapat meningkatkan kesetaraan akses, terutama untuk kelompok dewasa rentan</p> <p>Bukti internasional lain mengatakan akses ke layanan primer terdistribusi secara merata dibanding akses ke layanan spesialis biasanya lebih memihak kelompok ekonomi atas</p>	<p>2 tinjauan sistematis (Tao, et al., 2016; Batista, et al., 2018)</p> <p>4 individual studies (van Doorslaer, et al., 2006; Richard, et al., 2016; Sweeney, & Mulou, 2012; Ferrer, 2007)</p>
Status kesehatan yang setara	Terdapat bukti kuat dari AS bahwa layanan primer meningkatkan banyak indikator kesehatan	3 tinjauan non-sistematis (Starfield, 2012; Amiri & Gerdtham, 2013; Shi, 2012)

Secara spesifik, dalam situasi negara berpenghasilan menengah (*middle-income*) dan rendah (*low-income*), PHC yang berfungsi baik menunjukkan kontribusinya pada peningkatan akses ke layanan kesehatan, termasuk untuk populasi miskin, dan juga pada penekanan biaya, perbaikan luaran kesehatan, cakupan layanan, dan kualitas layanan, layanan yang lebih responsif ke pasien dan komunitas, serta kesetaraan dan efisiensi, penurunan kematian pada anak, dan dalam beberapa kasus, penurunan disparitas dalam kematian berdasarkan kekayaan (Kruk, 2010).

Meskipun studi yang mengukur efektivitas layanan kesehatan primer masih terbatas akibat tantangan keterbatasan sumber daya dan kapasitas sehingga sulit untuk mengukur dampak melalui *counterfactual*/kontrol, namun beberapa kajian sistematis menunjukkan dampak dari



layanan primer pada kesehatan di beberapa negara berkembang (Macinko, Starfield, & Erinosh, 2009; Rohde et al., 2008). Penerapan PHC juga harus menghadapi tantangan keterbatasan jumlah dana yang digunakan untuk kesehatan. Di tahun 2019 contohnya, rata-rata pengeluaran kesehatan per kapita di negara berpenghasilan tinggi adalah sekitar Rp 42 juta; dan hanya sekitar Rp 586 ribu untuk negara berpenghasilan rendah (WHO, 2019). Terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara kedua kategori negara tersebut, yaitu 70 kali lipat.

Temuan studi Kruk (2010) menunjukkan bahwa mayoritas program PHC di *low- and middle-income* selama lebih dari 30 tahun mengalami evolusi dan perkembangan untuk tidak hanya fokus pada layanan kesehatan, namun juga pada program intervensi, termasuk reformasi pembiayaan serta pelibatan komunitas. Lebih lanjut, bukti menunjukkan PHC yang berfungsi dengan baik memberikan dampak positif di negara *low- and middle-income* sebagai berikut:

Efektivitas

Banyak negara ekonomi rendah dan menengah telah menempatkan PHC sebagai komponen penting dari sistem kesehatan mereka dan telah berhasil memperluas cakupan dari layanan kuratif, hingga preventif, promotif dan rehabilitatif. Beberapa negara (i.e. Kuba, Iran, Sri Lanka, dan negara bagian Kerala di India) menunjukkan pentingnya komitmen kuat untuk memberikan akses, dimana perluasan layanan kesehatan primer menghasilkan akses universal ke layanan kesehatan (Kruk, 2010). Di Iran, fasilitas kesehatan tingkat pertama meningkatkan cakupan hingga 85% populasi rural dalam 20 tahun (Nasseri et al., 1991). Sementara itu Brazil dalam periode 1994 hingga 2008 melalui PHC berhasil memperluas cakupan layanan untuk lebih dari setengah populasinya, atau sekitar 86 juta orang (*MoH of Brazil Department of Primary Care, 2007*).

Perbaikan kesehatan

Perbaikan status kesehatan, dan khususnya penurunan pada kematian prematur dan yang dapat dicegah telah terdokumentasikan dalam reformasi besar pada level nasional PHC di Amerika Latin dan Asia. Perbaikan kesehatan terutama pada mortalitas anak dan penyakit infeksi. Di Brazil, kematian bayi dan balita turun hingga 13% seiring dengan peningkatan cakupan layanan kesehatan primer dari 14% ke 60% (Macinko, Guanais, de Fatima & de Souza, 2006). Thailand menurunkan laju kematian anak di bawah lima tahun hingga 32%, dimana separuhnya dianggap karena perluasan agresif layanan kesehatan primer di rural (Vapattanawong et al., 2007). Beberapa negara lain juga melaporkan dampak positif dari berbagai program layanan kesehatan primer, umumnya pada kematian anak di bawah lima tahun (Brockhoff & Derose, 1996; Dugbatey, 1999; Hill, MacLeod, Joof, Gomez, & Walraven, 2000; Magnani et al., 1996; Pence, Nyarko, Phillips, & Debpuur, 2007; Perry, Shanklin, & Schroeder, 2003; Perry et al., 1998; Velema, Alihonou, Gandaho, & Hounye, 1991).

Layanan yang responsif

Studi yang mengukur dimensi responsif pada performa layanan kesehatan di negara berkembang masih terbatas. Satu studi di Haiti menunjukkan bahwa layanan kesehatan tingkat lokal meningkatkan kemudahan, kenyamanan dan kepercayaan diri populasi dalam

sistem kesehatan, seperti dalam contoh kasus layanan HIV berbasis komunitas (Farmer et al., 2001; Walton et al., 2004). Pendekatan dokter keluarga di Polandia dan Estonia juga berkaitan dengan level kepuasan pasien yang tinggi (Kalda, Polluste, Maarros, & Lember, 2004; Polluste, Kalda, & Lember, 2000, 2004, 2007).

Penguatan sistem kesehatan

Kasus reformasi PHC di Amerika Latin merupakan gambaran peluang untuk memperluas dan merasionalisasi kesehatan. Penyampaian layanan yang dilakukan hingga daerah pedesaan menunjukkan perluasan jangkauan layanan kesehatan primer. Penguatan PHC secara keseluruhan memerlukan pengembangan kapasitas dalam bidang perencanaan, penganggaran, dan manajemen di tingkat nasional dan subnasional, yang mungkin bermanfaat bagi keseluruhan sistem pelayanan kesehatan (Frenk, Gonzalez-Pier, Gomez-Dantes, Lezana, & Knaul, 2006; Gakidou et al., 2006).

Kesetaraan

Ketimpangan akses untuk mencapai layanan kesehatan dasar yang berkualitas berdampak pada status kesehatan yang buruk antar kelompok sosial dan ekonomi. Di Kerala, India, keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan terlatih di daerah pedesaan mendorong orang miskin untuk beralih dari perawatan primer yang didanai publik ke perawatan kesehatan swasta dengan biaya yang jauh lebih tinggi (Nair, 2004). Pada contoh Kosta Rika dan Brasil yang memilih daerah yang kurang beruntung secara ekonomi, implementasi inisiatif PHC berhasil mengurangi kesenjangan dalam akses ke layanan antara kaya dan miskin (Rosero-Bixby, 2004). Serupa dengan Iran, Amerika Latin, dan Sri Lanka yang berfokus pada daerah pedesaan untuk mengurangi ketidakadilan akses ke layanan kesehatan. Thailand juga secara eksplisit memfokuskan upaya perawatan primernya di daerah pedesaan, misalnya, melalui penambahan jumlah pasokan dokter umum ke pedesaan, menyediakan asuransi kesehatan pedesaan, dan memperluas klinik pedesaan. Pendekatan tersebut terbukti menurunkan kematian relatif di antara anak-anak termiskin lebih cepat daripada di antara anak-anak terkaya dan ketimpangan angka kematian berdasarkan pendapatan miskin-kaya menurun lebih dari setengahnya antara tahun 1990 dan 2000 (Vapattanawong et al., 2007).

Proteksi finansial

Pembiayaan menjadi komponen penting untuk memastikan tersedianya layanan kesehatan primer yang terjangkau dan berkualitas. Pembiayaan yang adil dan memadai sangat penting untuk melindungi individu dan masyarakat dari hambatan biaya untuk mengakses kebutuhan layanan esensial. Dalam banyak kasus, hambatan biaya untuk pengobatan di daerah pedesaan meningkatkan biaya *out-of-pocket* pada kelompok ekonomi bawah yang terpaksa menggunakan penyedia swasta/berbayar atau melakukan perjalanan lebih jauh untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas (Varatharajan, Thankappan, & Jayapalan, 2004; Withanachchi & Uchida, 2006).

Efisiensi

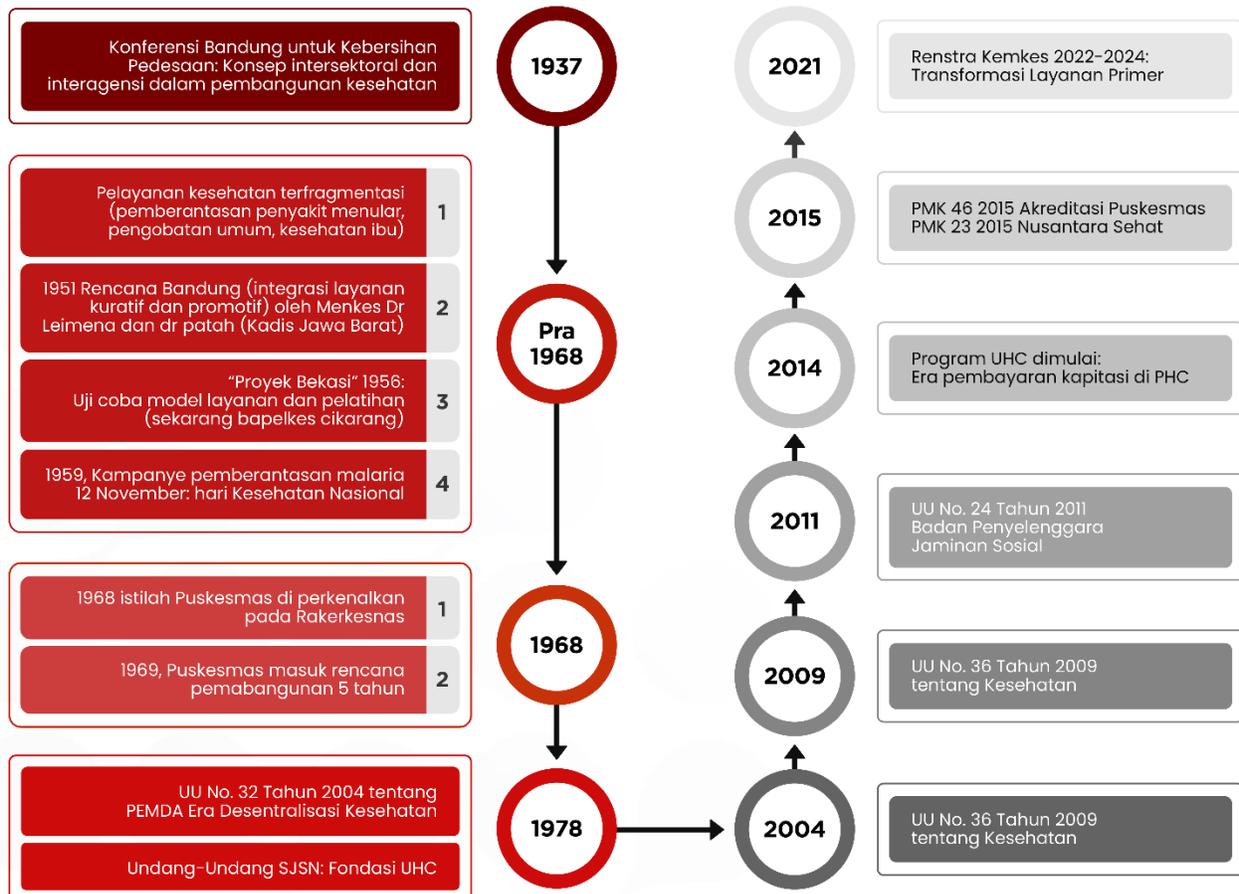
Studi yang mengukur efisiensi biaya layanan cenderung berasal dari negara berpenghasilan menengah daripada berpenghasilan rendah. Studi di Brazil menunjukkan kisaran biaya untuk Program Kesehatan Keluarga (*Family Health Program*) diperkirakan menelan biaya hanya sekitar Rp 420 ribu per kapita di wilayah yang dicakup. Penggunaan tenaga kesehatan non dokter juga berkaitan dengan kebutuhan pelatihan dan biaya yang lebih rendah dibanding penggunaan dokter di Afrika (Dovlo, 2004). Komisi Makroekonomi dan Kesehatan WHO menghitung bahwa dibutuhkan biaya sebesar Rp 500 ribu - 570 ribu per kapita untuk menyediakan berbagai kebutuhan esensial layanan kesehatan (WHO, 2001). Dengan besaran angka tersebut pun, masih banyak masyarakat di negara berpenghasilan menengah ke bawah yang tidak dapat menjangkau layanan kesehatan dasar.

1.5. Konteks Indonesia

1.5.1. Dinamika Dampak Penerapan PHC di Indonesia

Turun ke konteks Indonesia, dampak positif dari penerapan layanan PHC masih menunjukkan keragaman yang tergantung pada bentuk dan lokasi.

1.5.2. Dinamika Kebijakan PHC di Konteks Indonesia



Bagan 3. Perjalanan Kebijakan PHC di Indonesia

Dalam konteks Indonesia, Sistem Kesehatan Nasional tidak mengalami evolusi yang berarti hingga terbitnya UU Jaminan Sosial Nasional yang kemudian diikuti dengan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Disayangkan bahwa UU ini terbit tanpa diikuti penyesuaian dalam UU Kesehatan. Akibatnya operasionalisasi UU BPJS dilakukan tanpa perbaikan regulasi nasional pada sistem kesehatan nasional dan secara khusus tanpa perbaikan pada layanan kesehatan primer. Padahal, pada tahun 2014 terbit UU Pemerintahan Daerah yang mengatur peran, tugas dan tanggung pemerintah pusat dan daerah yang mengatur tentang desentralisasi. Tiadanya UU Sistem Kesehatan Nasional berarti tidak ada juga UU Sistem Kesehatan Daerah. Kesenjangan regulasi ini ikut mempengaruhi kondisi PHC Indonesia yang tidak kunjung berhasil untuk bertransformasi, walaupun dalam situasi bernegara yang aman dan dengan peningkatan inkremental pada alokasi anggaran negara untuk sektor kesehatan. Berdasarkan *National Health Account 2019*, pengeluaran kesehatan Indonesia masih sangat rendah yaitu 3,8% dari PDB. Akibatnya, dengan pembagian anggaran pada kepentingan kesehatan lain, alokasi anggaran untuk PHC amat kecil (0,05% dari PDB).

Dalam diskursus publik, perbincangan mengenai isu layanan kesehatan primer seringkali terbatas pada peristiwa-peristiwa di sisi operasionalnya saja. Sedangkan isu-isu mengenai hal yang lebih substantif dan soal kebijakan hanya menjadi diskursus tertentu di antara para pemangku kebijakan. Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kebijakan kesehatan yang ada, menjadi salah satu alasan isu yang ada di dalam layanan kesehatan khususnya kesehatan primer menjadi tidak terdefiniskan dengan baik oleh berbagai kalangan. Lain halnya dengan isu JKN, baik di media berita maupun sosial media. Jaminan kesehatan nasional ini begitu dekat dan sering dibahas oleh khalayak umum. Kebermanfaatannya terdefinisi dengan jelas dan praktis pada tatanan masyarakat sekalipun. Sehingga memudahkan para pemangku kebijakan dan peneliti mengakses *feedback* atau masalah yang tergambar di masyarakat.

Dapat dikatakan bahwa belum adanya pembicaraan publik mengenai layanan kesehatan primer pada level kebijakan artinya tidak pernah ada upaya penciptaan permintaan atau *demand generation* di kalangan masyarakat. Padahal puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan primer bila dilakukan transformasi dengan tata kelola yang baik, fungsi-fungsinya sebagai penyedia layanan primer serta fungsi-fungsi esensial kesehatan masyarakat lainnya akan dapat digunakan oleh masyarakat dengan optimal. Namun saat ini nampaknya Puskesmas dipandang sebagai urusan kelas menengah kebawah dimana kebijakan pemerintah pusat maupun daerah lebih condong untuk mendukung rumah sakit.

Kebijakan yang berpusat pada rumah sakit atau *hospital centric* ini menjadi semakin menguat dengan beredarnya wacana penambahan rumah sakit internasional dengan didasari niat untuk menyerap secara domestik pengeluaran masyarakat yang totalnya dapat mencapai puluhan triliun untuk mengakses layanan kesehatan di luar negeri.

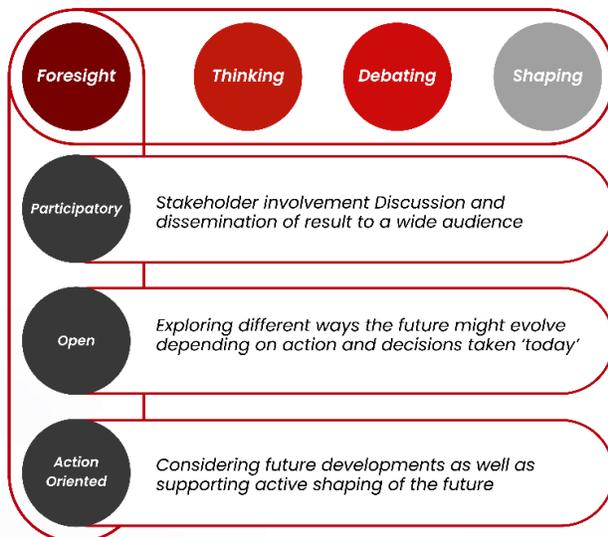
BAB 2

Metodologi *Foresight* untuk Kebijakan Transformasi Layanan Kesehatan Primer

“Oh that we might have the wisdom to stop, lean down and pick up the scattering of things that we’ve so thoughtlessly discarded along the way. For if we were to do so, we would suddenly find ourselves holding the very treasures that we’d been looking for all along.”

– Craig D. Lounsbrough

2.1. Apa itu *Foresight*?



Foresight digunakan oleh *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) sebagai alat untuk melakukan perencanaan jangka panjang. *Foresight* dapat membantu pemerintah dalam pembuatan kebijakan, sehingga kebijakan yang dihasilkan dapat antisipatif terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi. Selain itu, *foresight* juga mendorong adanya inovasi kebijakan yang membuka opsi/kemungkinan untuk melakukan percobaan melalui dan dengan pendekatan inovatif (OECD, 2019).

Bagan 4. *Foresight*

Sangat penting untuk membedakan antara *Foresight* (pandangan ke depan) dan *Forecast* (ramalan, prediksi, atau prognosis masa depan). *Foresight* lebih kepada proses daripada teknik. *Foresight* tidak ditujukan untuk memprediksi dengan pasti apa yang akan terjadi di masa depan. *Foresight* memandu proses berpikir, berdebat, dan membentuk masa depan dengan cara yang partisipatif, terbuka, dan berorientasi pada tindakan, dengan mendefinisikan dan memenuhi visi jangka panjang bersama dan kondisi masa depan yang diinginkan. Berbeda dengan *forecast*, *foresight* tidak ditujukan untuk 'mendapatkan masa depan yang benar', tetapi untuk memperluas dan membingkai ulang berbagai perkembangan yang masuk akal yang perlu dipertimbangkan.

Foresight menyatukan agen-agen kunci perubahan dan berbagai sumber pengetahuan untuk mengembangkan visi strategis danantisipasi. Dengan menekankan jaringan dan partisipasi pemangku kepentingan selama proses pengembangan visi dan pembuatan kebijakan yang berorientasi masa depan, *Foresight* dapat dilakukan secara efektif untuk menginformasikan pembuatan kebijakan, membangun jaringan, dan meningkatkan kemampuan untuk mengatasi masalah jangka panjang.

Foresight dapat memiliki fungsi yang berbeda yang mendukung pembuatan kebijakan, seperti (Da Costa et al., 2008):

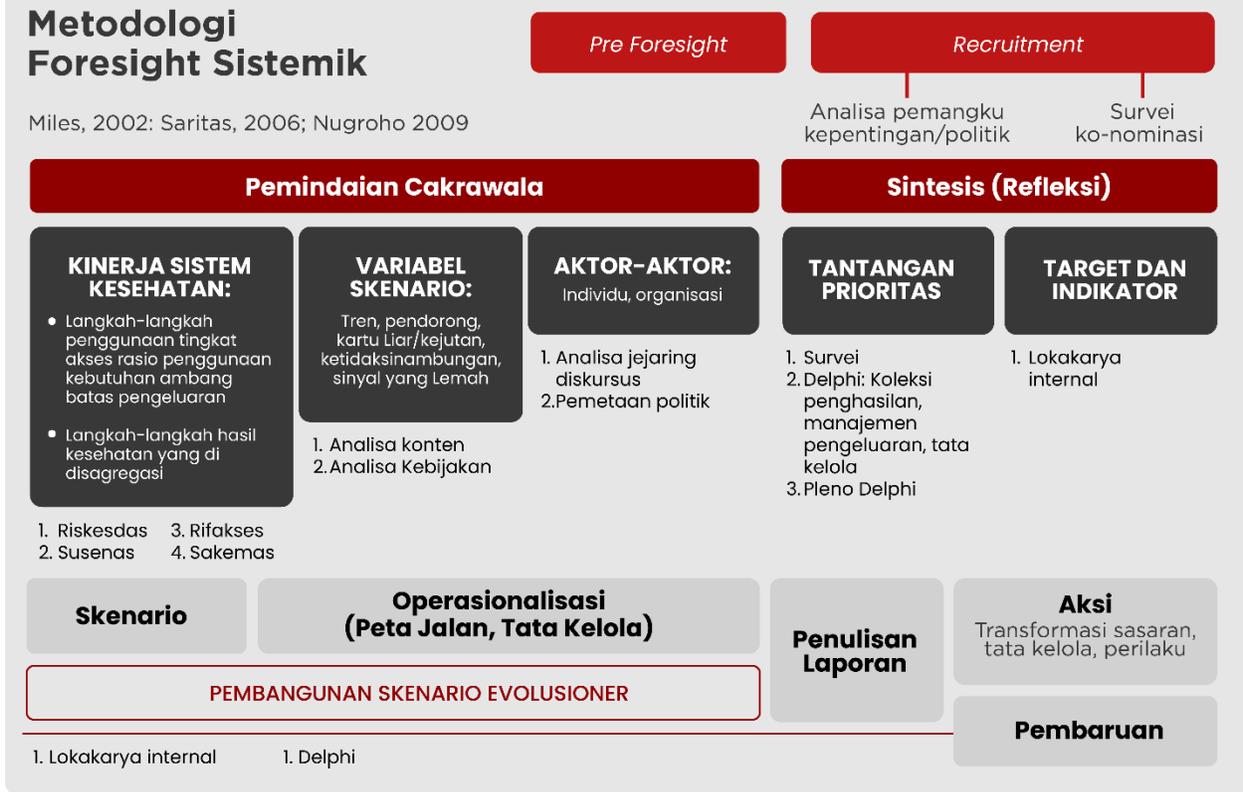
- **Menginformasikan kebijakan:** menghasilkan wawasan tentang dinamika perubahan, tantangan dan pilihan masa depan;
- **Memfasilitasi implementasi kebijakan:** meningkatkan kapasitas untuk berubah dalam bidang kebijakan tertentu dengan membangun kesadaran bersama tentang tantangan saat ini dan masa depan seperti membangun jaringan dan visi baru antar pemangku kepentingan;
- **Menanamkan partisipasi** dalam pembuatan kebijakan dan dengan demikian meningkatkan transparansi dan legitimasi;
- **Mendukung definisi kebijakan:** bersama-sama menerjemahkan hasil dari proses kolektif menjadi pilihan spesifik untuk definisi dan implementasi kebijakan;
- **Mengkonfigurasi ulang** sistem kebijakan untuk mengatasi tantangan jangka panjang;
- **Memiliki fungsi simbolik:** menunjukkan kepada masyarakat bahwa kebijakan didasarkan pada informasi yang rasional.

2.2. Metodologi *Foresight*

Foresight bergantung pada serangkaian pendekatan berwawasan ke depan yang bertujuan untuk membantu para pembuat keputusan mengeksplorasi dan mengantisipasi secara partisipatif apa yang mungkin terjadi, dan bersiap untuk berbagai kemungkinan masa depan, memengaruhi dan membentuknya. *Foresight* biasanya dilakukan diskusi yang sistematis, partisipatif, dan proses menyusun visi jangka menengah ke jangka panjang untuk membuka kemungkinan alternatif yang terjadi di masa depan. *Foresight menggunakan* metode dan alat yang berbeda untuk mempertimbangkan kemungkinan perkembangan yang terjadi di masa depan yang berbeda dan integrasinya ke dalam pengambilan keputusan saat ini, dengan berpikir, berdebat dan membentuk masa depan (JRC, 2011).

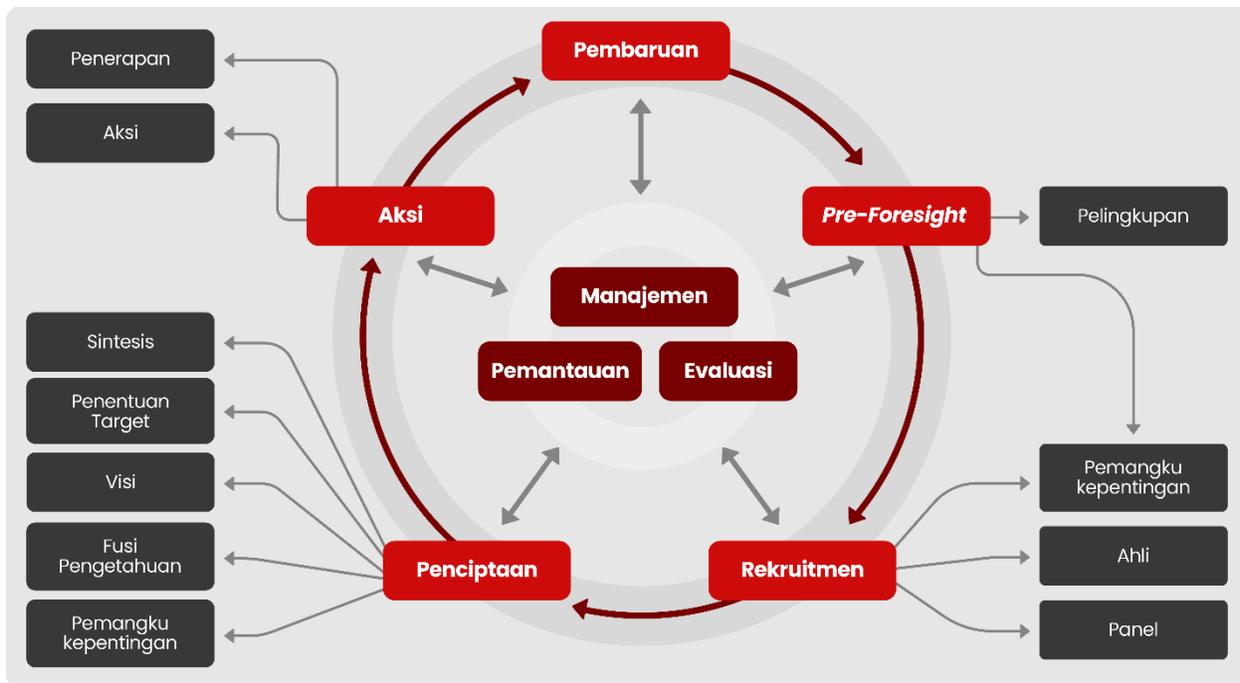
Laporan ini menggunakan lima fase berurutan dari Miles (2002) untuk memandu jalannya proses *foresight*. Terdiri dari *pre-foresight (scoping)*, *recruitment (or participation)*, *generation*, *action* dan *renewal*. Bagan 5. di bawah menggambarkan lima fase *foresight* dan kegiatan yang terlibat dalam setiap fase. Fase-fase tersebut akan dijelaskan singkat dalam paragraf berikut.





Bagan 5. Metodologi riset yang digunakan

Secara teoretik ada lima tahap proses mem-*Foresight* (Miles, 2002), yakni (i) *pre-Foresight*, (ii) rekrutmen para pihak (*recruitment*), (iii) pelaksanaan *Foresighting* (*generation*), (iv) melakukan tindakan berdasar *Foresighting* (*action*), dan (v) mengevaluasi dan memperbaiki siklus (*renewal*). Proses ini adalah proses standar dan sudah menjadi dipraktikkan di banyak konteks, baik negara berkembang maupun negara maju (Georghiou et al., 2008). Selain melakukan tahapan sesuai metodologi, proses *foresighting* yang diaplikasikan pada kajian ini didesain untuk meletakkan pendalaman lebih pada masukan narasumber ahli baik melalui Delphi maupun pada proses menggali keterkaitan isu dalam diskusi tematik Sosial, Teknologi, Ekonomi, Lingkungan, Politik, dan Nilai.



Bagan 6. Proses *Foresight* (Miles, 2002)

Pre-foresight (scoping)

Proses dimulai dengan fase *pre-foresight*, yang melibatkan serangkaian kegiatan *scoping* atau *penentuan ruang lingkup* yang mencakup pengambilan keputusan mengenai alasan-alasan dan tujuan *foresight*, tim peneliti yang akan dilibatkan, dan metodologi yang akan digunakan.

Recruitment (participation)

Kajian ini mengumpulkan agen-agen perubahan (pengambil keputusan, bisnis, dan masyarakat sipil) dan sumber-sumber pengetahuan (formal dan informal) untuk mengembangkan visi strategis dan antisipasi masa depan. Kami menggunakan analisa pemangku kepentingan (*stakeholder analysis*) untuk mengidentifikasi pembuat kebijakan. Kami melakukan curah pendapat dan melakukan survei ko-nominasi (*co-nomination survey*) untuk menjaring para ahli yang memahami keterkaitan antara masalah layanan kesehatan primer dan keahlian di bidang mereka masing-masing.

Generation

Pada fase ini informasi yang telah tersedia dikumpulkan (pemindaian cakrawala/ *horizon scanning*) dan pengetahuan baru disintesis untuk membentuk visi masa depan dan rencana aksinya.

Pemindaian cakrawala (*horizon scanning*) adalah teknik untuk mencari tanda-tanda peringatan dini seputar perubahan kebijakan dan strategi. Kombinasi dari penelusuran literatur, percakapan Twitter dan pemberian media berita online, serta teknik Delphi digunakan untuk mengumpulkan khasanah keilmuan dan pendapat dari berbagai pemangku



kepentingan tentang strategi masalah yang perlu ditangani dalam bidang kebijakan layanan kesehatan primer dan untuk menyoroti kesepakatan atau konflik yang berkaitan. Secara khusus, para pemangku kepentingan diminta untuk mengidentifikasi variabel skenario: kecenderungan atau tren (*trends*), penggerak perubahan (*drivers*), kejutan (*wild cards*), sinyal lemah (*weak signals*), dan diskontinuitas, yang mungkin muncul, menghilang atau berubah dan sehingga memengaruhi dan membentuk masa depan (waktu kejadian yang diharapkan adalah 2024).

Selama proses ini, penting untuk melihat di luar lingkungan kebijakan saat ini ketika sedang mengidentifikasi faktor pendorong perubahan. Banyak dari faktor pendorong akan membentuk pengembangan layanan kesehatan primer yang akan muncul dari luar wilayah kebijakannya, yakni pergeseran dalam bidang sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, serta faktor politik dan nilai (dari istilah bahasa Inggrisnya disingkat menjadi akronim *STEEPV-Social, Technological, Economic, Environmental, and Political and Value.*).

Karena itu, panel ahli *STEEPV* juga diminta untuk mengidentifikasi isu-isu strategis yang berkaitan dengan *STEEPV*. Kami meminta panel untuk mengurutkan setiap isu sesuai dengan kepentingannya untuk menentukan keberlanjutan layanan kesehatan primer dan seberapa mendesaknya hal tersebut memerlukan intervensi kebijakan.

Action

Tujuan keseluruhan dari tinjauan ke masa depan adalah untuk memberikan masukan yang berharga ke dalam strategi dan perencanaan kebijakan, sementara juga memobilisasi tindakan strategis secara kolektif. Langkah ini melibatkan pencarian cara alternatif lingkungan eksternal yang mungkin bisa berkembang di masa depan, mengingat bagaimana masing-masing aktor mungkin berperilaku berbeda, dan mengidentifikasi syarat utama dari kebijakan dalam kondisi yang berbeda. Perencanaan skenario membantu pembuat kebijakan mengantisipasi bagaimana masa depan mungkin berbeda, mulai hari ini, dan bagaimana mengembangkan kebijakan yang tangguh di berbagai kemungkinan masa depan.

Proses menyusun visi kemudian digunakan untuk memperjelas harapan, membangun tujuan dan sasaran bersama untuk layanan kesehatan primer, menyoroti apa yang penting dalam jangka pendek dan apa yang bisa “ditunda”, serta mengidentifikasi skala perubahan yang diperlukan untuk berhasil mencapainya. Ketika para ahli menjelaskan visi mereka, kami mendorong mereka untuk menjadi aspiratif dan tidak terbelenggu oleh realitas masa kini. Maksud di balik desain ini adalah untuk membantu menghilangkan hambatan praktis, kebijakan atau kungkungan struktur yang mungkin menghalangi mereka berpikir. Bahaya potensial dari proses mendorong cara berpikir ini adalah kelompok diskusi mendorong percakapan ke dalam wilayah yang tidak realistis atau tidak praktis. Saat itu terjadi, kami akan mengingatkannya untuk kembali ke realitas saat ini dan memungkinkan para ahli yang lain untuk mengoreksi. Kami berpendapat bahwa ada lebih banyak manfaat dalam membangun visi yang ambisius – bahkan tidak realistis – dan kemudian menyesuaikannya daripada menjadi terlalu berhati-hati dan tidak memberikan aspirasi untuk keberhasilan masa depan.

Evaluation and Renewal

Evaluasi adalah cara mengumpulkan informasi secara sistematis tentang pencapaian kegiatan, yang dapat digunakan untuk tujuan lain seperti sosialisasi dan pembaharuan (*renewal*) kegiatan. Informasi ini berguna bagi mereka yang berpartisipasi dalam kegiatan *foresight*. Evaluasi memberikan kesempatan yang baik bagi peserta yang terlibat untuk mengungkapkan pandangan mereka tentang apa yang berhasil dan apa yang belum berhasil. Setelah evaluasi, *renewal* pada *foresight* adalah langkah penting yang bertujuan untuk menciptakan budaya *foresight*, dimana *foresight* (tinjauan masa depan) dapat terus digunakan sebagai alat pembuat kebijakan dan strategi (Saritas, 2009).

2.3. Mengapa melakukan *foresight* untuk Layanan Kesehatan Primer?

Respons pandemi, karena kebutuhan, didominasi oleh kecenderungan menjadi “pemadam kebakaran”. Manajemen kedaruratan kesehatan masyarakat umumnya berfokus pada penerapan standar organisasi dan program serta sistem untuk manajemen insiden akut. Namun, pandemi seperti COVID-19 bukanlah peristiwa akut. Di luar guncangan langsung terhadap sistem kesehatan dan kesehatan, pandemi pasti akan memiliki konsekuensi jangka panjang pada lanskap sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan dan politik negara, serta dampak tidak langsung pada sistem kesehatan. Lanskap ini akan memengaruhi kerentanan negara, dan populasi tertentu di dalam negara, terhadap efek jangka pendek dan jangka panjang dari pandemi. Negara yang berbeda akan menggunakan strategi yang berbeda, menghasilkan masa depan yang berbeda, dan belum dapat diprediksi.

Bagi Indonesia, pandemi dapat berakibat runtuhnya sistem kesehatan atau, sebaliknya, dapat menjadi katalis untuk mereformasi sistem kesehatan. Mempertimbangkan kebutuhan untuk bersiap menghadapi skenario terburuk dan secara proaktif membangun ke arah yang lebih disukai, Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia bekerja sama dengan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives untuk menerapkan pendekatan multi-disiplin untuk membayangkan kemungkinan masa depan dan menginformasikan tanggapan strategis terhadap perubahan-perubahan struktural yang diakibatkan oleh pandemi.

Secara khusus, reformasi layanan kesehatan primer dipilih karena layanan kesehatan primer yang berkinerja tinggi adalah yang paling strategis untuk mengelola tekanan yang akan datang pada sistem kesehatan di dunia pasca COVID-19. Di sisi lain, diskursus publik mengenai pelayanan kesehatan primer masih terbatas sehingga isu penguatannya tak dipahami dengan baik oleh berbagai kalangan. Wacana yang ada selama ini kerap terbatas pada sisi operasionalnya saja. Sedangkan, pembicaraan terkait substansi dan kebijakan hanya menjadi percakapan sebagian kecil pemangku kepentingan saja. Padahal, jika puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan primer ditransformasi tata kelolanya dan kesadaran akan peran pentingnya meningkat, posisinya sebagai penyedia layanan primer dan fungsi-fungsi esensial kesehatan masyarakat lainnya akan terpenuhi secara optimal.

Melalui kajian berjudul **Foresight untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia**, AIPI dan CISDI, melakukan *horizon scanning*, menampung masukan dari puluhan narasumber ahli di bidang kesehatan maupun non-kesehatan, dan mensintesakan beragam kondisi aktual pelayanan kesehatan primer di Indonesia secara strategis, inklusif, dan holistik dengan menggunakan metode *foresight*. Kami meneliti dimensi sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, politik, dan nilai yang melingkupi pelayanan kesehatan primer. Dari kajian mendalam ini diketahui beragam tantangan yang harus diatasi untuk menguatkan posisi pelayanan kesehatan primer dalam sistem kesehatan Indonesia.

Ada beberapa pertanyaan besar yang kami coba jawab, seperti: apa yang perlu dibenahi dari upaya penguatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia; kebijakan apa yang dibutuhkan; komitmen apa yang harus ada tiap tingkat pemerintahan; siapa aktor-aktor yang perlu terlibat dalam upaya tersebut; dan bagaimana upaya penguatan pelayanan kesehatan primer bisa memberi dampak optimal terhadap sistem kesehatan di Indonesia.

Ketiga hal diatas, sebagai sebuah kesatuan, akan menjadi pokok-pokok tantangan masa depan yang harus dihadapi dan ditangani Pemerintah lewat kebijakan dan praktik/eksekusi Layanan Kesehatan Primer. Jika terlaksana secara cermat dan memadai, ini akan menjadi salah satu kontribusi atau masukan paling strategis dari AIPI dan CISDI, baik kepada Pemerintah saat ini maupun kepada Pemerintah yang akan datang.

BAB 3

Pemindaian Cakrawala (*Horizon Scanning*)

“No one knows the future, but the present offers clues and hints in its direction.”

— Innocent Mwatsikesimbe, *Mirror*

Tahap pertama yang paling krusial dalam *foresight* adalah pemindaian cakrawala dinamika sosial (*horizon scanning*). Tahap ini bertujuan untuk memetakan seluas mungkin kejadian (*events*) dan tren (*trends*) yang secara signifikan mewarnai implementasi kebijakan layanan kesehatan primer di Indonesia. Identifikasi ini menjadi kunci untuk memahami tantangan penyelenggaraan layanan kesehatan primer yang pernah atau sedang dihadapi oleh pemerintah Indonesia. Identifikasi ini juga menjadi cara untuk mendeteksi tanda-tanda awal perkembangan yang berpotensi menjadi ancaman bagi atau peluang untuk mereformasi layanan kesehatan primer di Indonesia.

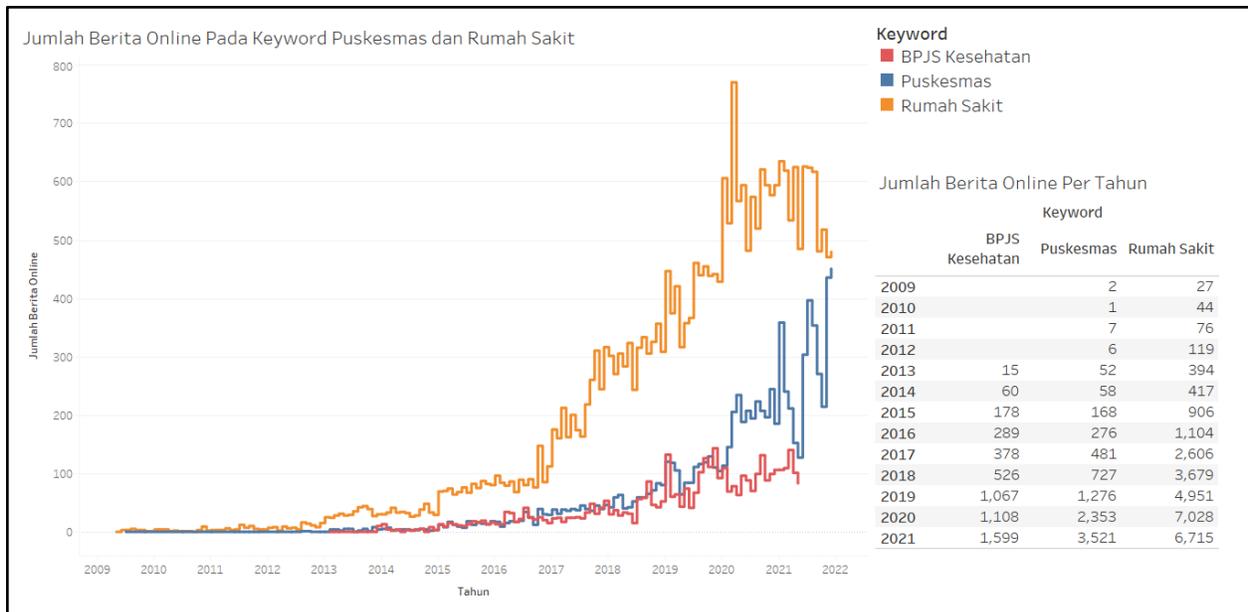
Informasi untuk pemindaian cakrawala dapat berasal dari sejumlah sumber ‘tradisional’ (publikasi ilmiah, data kuantitatif atau kolom opini), maupun yang lebih ‘kekinian’ seperti berita dan media sosial. Kajian ini sengaja memindai cakrawala dengan sumber informasi berita dan media sosial karena tiga alasan. Pertama, ditambah laju perkembangan media *online* dan media sosial di Indonesia pada periode pemantauan 2009–2021, menjadikannya sumber yang otentik dan tertulis untuk pemindaian cakrawala. Kedua, keduanya dapat sekaligus menjadi alat untuk memahami bagaimana pemangku kepentingan dan masyarakat terlibat pada diskusi seputar isu-isu pelayanan kesehatan primer. Ketiga, terlepas dari kenyataan bahwa pengguna media ini masih didominasi oleh masyarakat perkotaan, substansi berita maupun percakapan media ini dapat diandalkan untuk menangkap tuntutan masyarakat dan melengkapi pendapat para ahli yang didapatkan dengan teknik Delphi.

3.1. Media Online

Media online dalam beberapa tahun terakhir menjadi kepanjangan tangan media konvensional cetak dan audio-visual di Indonesia. Media online adalah “institusi/sekelompok pihak” yang melakukan pemberitaan yang dipublikasikan melalui internet secara rutin. Saat ini hampir seluruh media (baik surat kabar, radio, maupun TV) di Indonesia mempunyai versi online mereka. Analisis dilakukan terhadap 740 media online dengan total arsip elektronik sebanyak 46.766 artikel yang memuat kata kunci ‘puskesmas’, ‘klinik’ dan ‘FKTP’ dalam rentang waktu 2009–2021. Untuk membandingkan luasan cakrawala percakapan, kajian ini juga memindai kata kunci ‘rumah sakit’ dan ‘BPJS Kesehatan’.



Gambar 1. di bawah menunjukkan bahwa, tren percakapan dan pemberitaan naik seiring dengan pertumbuhan outlet media online di Indonesia. Media online memberikan porsi pemberitaan tentang rumah sakit yang tiga kali lipat lebih banyak dari layanan kesehatan primer. Hal ini mengindikasikan perbedaan mencolok atas *news value* kedua isu tersebut. Tren pemberitaan mengenai rumah sakit naik lebih cepat dibandingkan berita tentang layanan kesehatan primer selama periode pandemi COVID-19 di Indonesia, naik turun seiring gelombang infeksi SARS-CoV-2.

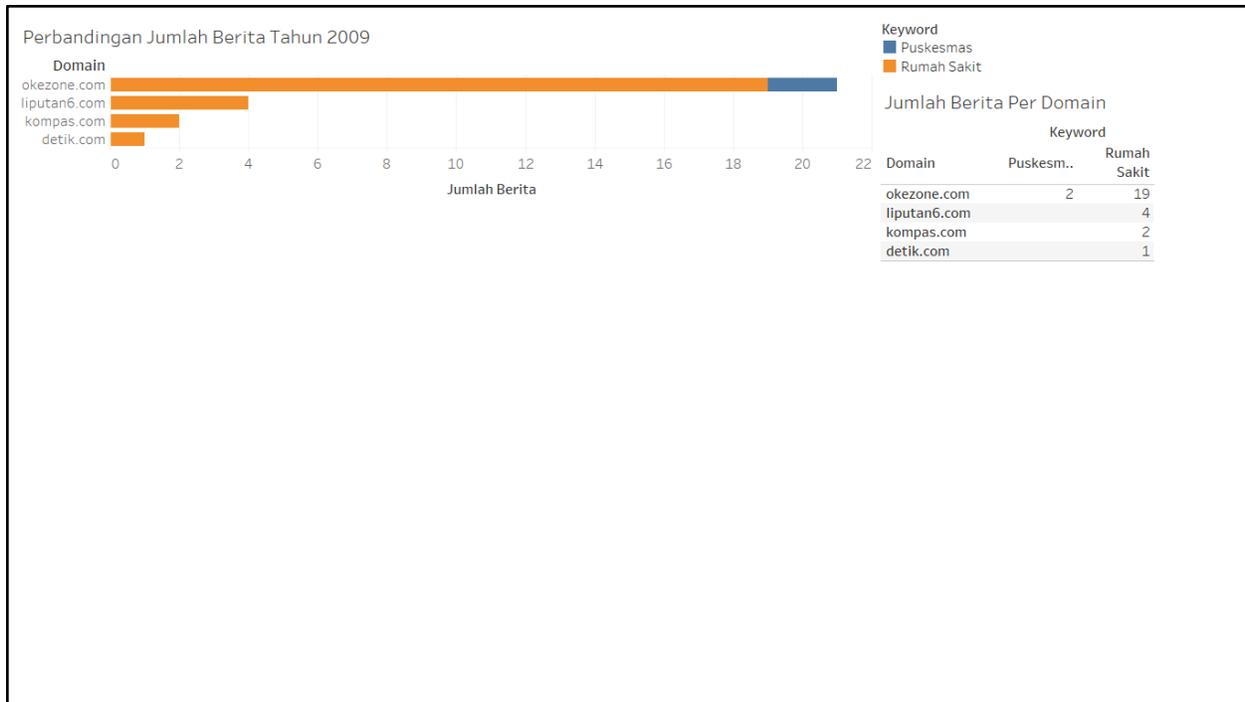


Gambar 1. Jumlah pemberitaan media online dengan keyword layanan kesehatan primer, rumah sakit dan BPJS Kesehatan

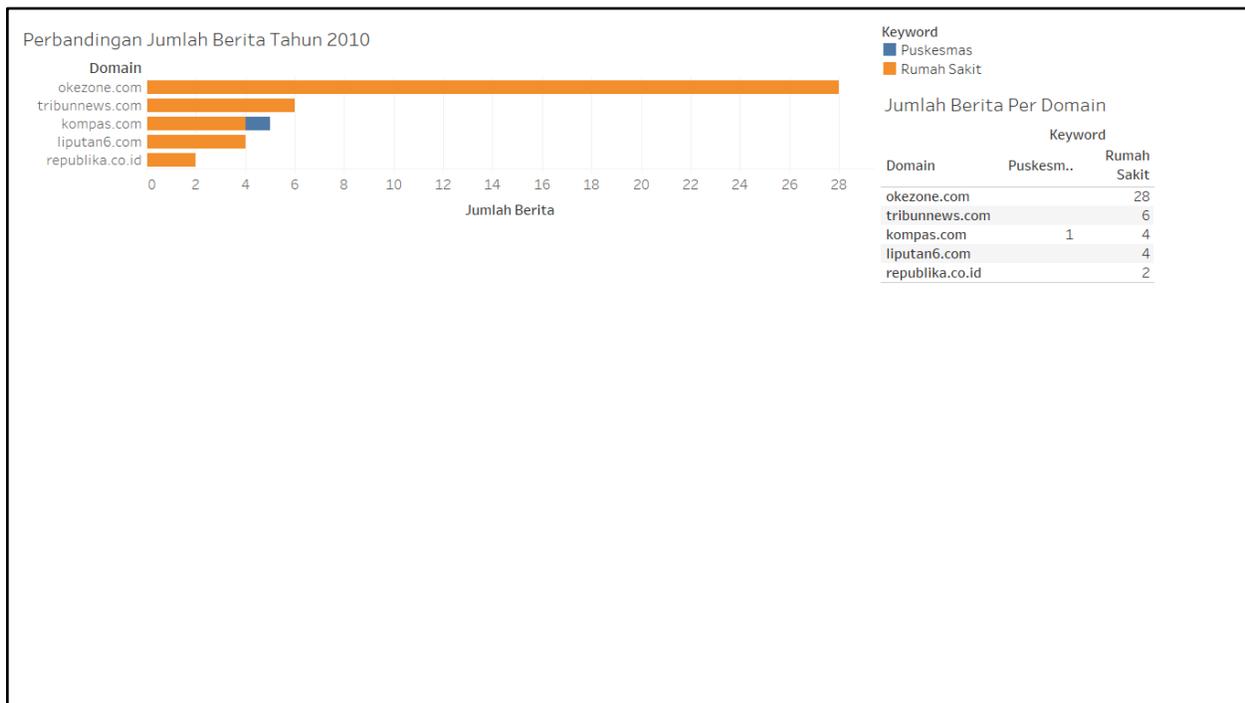
Kajian ini melihat lebih dekat dengan membandingkan antara hasil pemindaian di tahun-tahun politik (2009 dan 2014) dan sepanjang masa pandemi COVID-19 (2020 dan 2021).

Dengan memfokuskan kajian pada tahun-tahun tersebut, kajian ini tidak hanya membandingkan perkembangan topik pemberitaan di masa awal-akhir periode kajian, tetapi juga mengambil periode dimana pembicaraan mengenai topik kesehatan diasumsikan meningkat karena debat politik dan pandemi. Dengan demikian, diharapkan tren yang diidentifikasi dan dipetakan bisa lebih kaya.

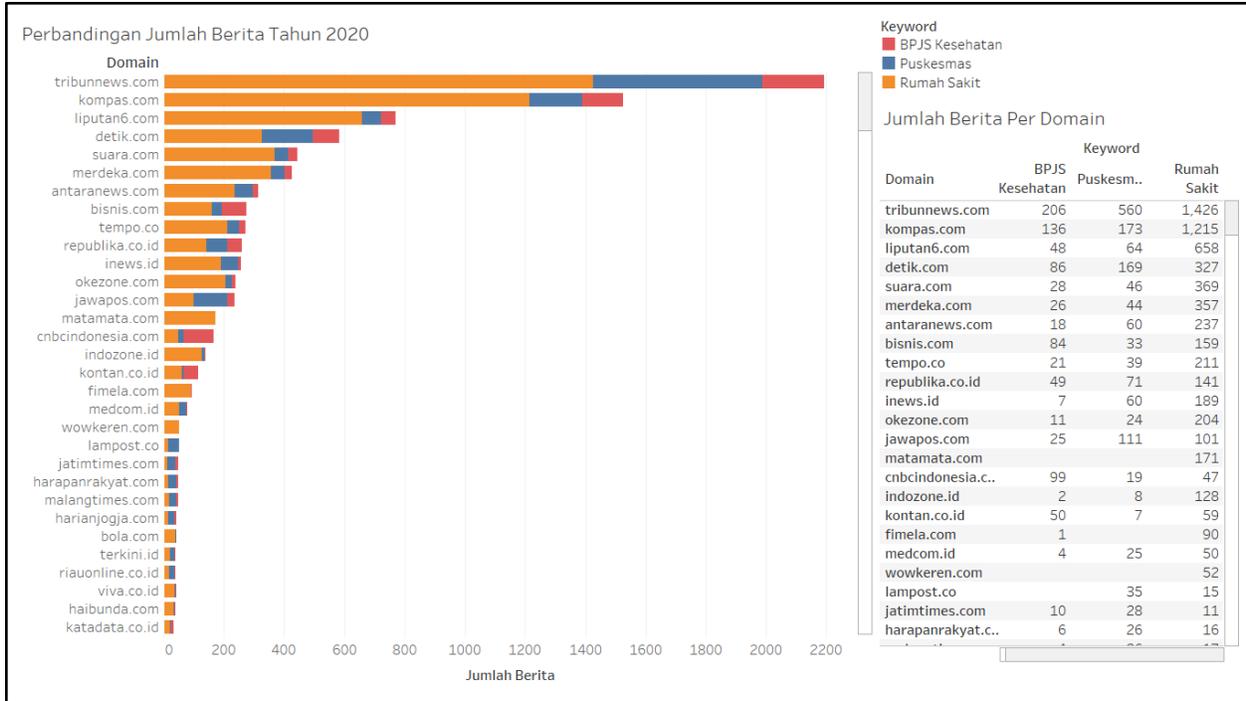
Pada tahun 2009 pemberitaan mengenai ‘puskesmas’, ‘klinik’, ‘FKTP’ dan ‘rumah sakit’ sangat terbatas, lalu naik signifikan pada tahun 2014. Hal ini bisa jadi dipengaruhi oleh fokus pemberitaan media massa di tahun 2009 seputar dampak puncak krisis ekonomi global di triwulan IV 2008 di dalam negeri. *Driver* utama kenaikan pemberitaan media massa pada tahun 2014 adalah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.



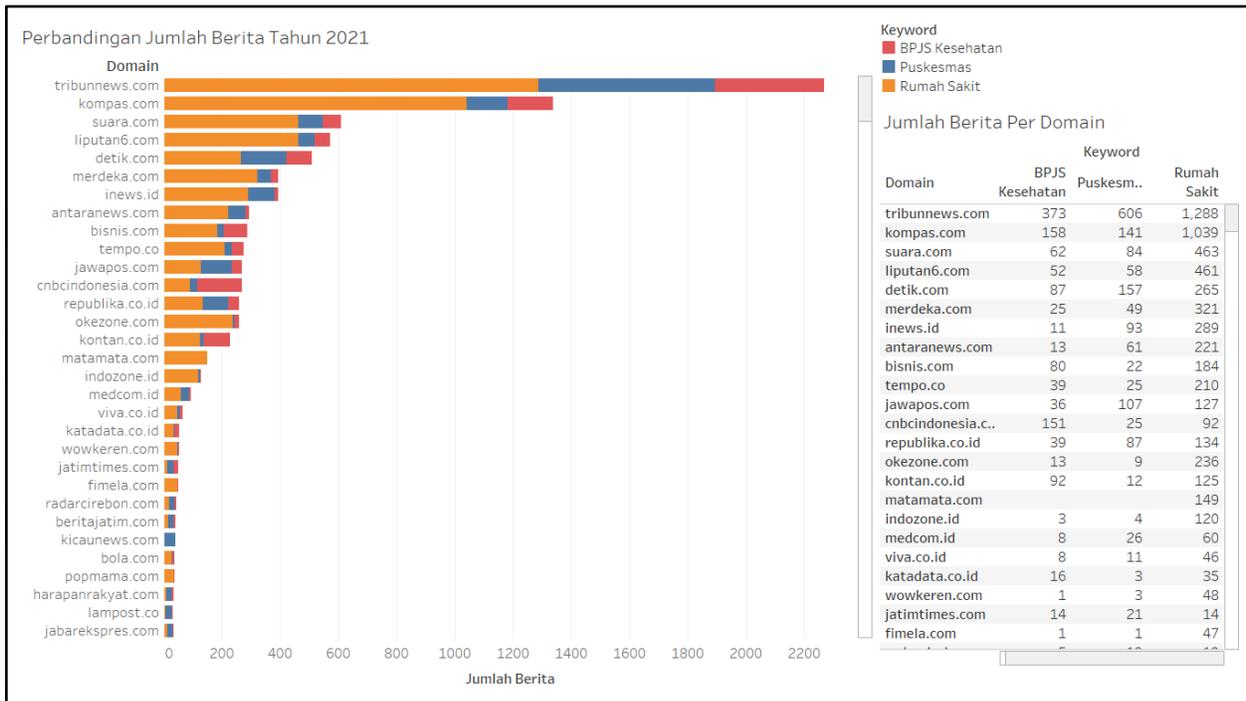
Gambar 2. Perbandingan jumlah berita online tahun 2009



Gambar 3. Perbandingan jumlah berita online tahun 2010



Gambar 4. Perbandingan jumlah berita online tahun 2020



Gambar 5. Perbandingan jumlah berita online tahun 2021

Analisis arsip media elektronik ini dapat secara cepat memetakan prioritas-prioritas nasional yang menjadi perhatian utama dan disorot, melalui frekuensi publikasi. Proses analisis media *online* dilakukan melalui pengelompokan kata kunci (*word cloud*) terhadap judul artikel untuk penentuan topik-topik utama yang dikaitkan dengan layanan kesehatan primer per tahun dari total 740 media online tersebut. Perbandingan *word cloud* antar tahun menunjukkan bahwa, pemberitaan bergeser dari kejadian anekdotal sehari-hari ke topik-topik kebijakan kunci: layanan gratis, jam buka, ketersediaan obat dan SDM kesehatan, JKN-KIS, akreditasi, dana kapitasi, pemeriksaan dan vaksinasi COVID-19. Selain itu nampak adanya peningkatan jumlah aktor yang membuat cuitan dengan menggunakan kata kunci yang berhubungan dengan layanan kesehatan primer. Namun demikian, peningkatan jumlah aktor maupun bertambahnya jumlah cuitan dalam rentang waktu 2009–2021 tetap masih belum mencukupi untuk dilakukan pemindaian cakrawala yang mendalam hingga memunculkan secara jelas diskursif jejaring PHC maupun analisa sentimen di dalamnya.



Gambar 6. Word cloud online media 2009 (n=2)



Gambar 7. Word cloud online media 2010 (n=1)



Gambar 8. Word cloud online media 2011 (n=6)



Gambar 9. Word cloud media online 2012 (n=5)



Gambar 10. Word cloud media online 2013 (n=52)



Gambar 11. Word cloud media online 2014 (n=56)



Gambar 12. Word cloud media online 2015 (n=148)



Gambar 13. Word cloud media online 2016 (n=241)



Gambar 14. Word cloud media online 2017 (n=469)



Gambar 15. Word cloud media online 2018 (n=728)



Gambar 16. Word cloud media online 2019 (n=1.276)



Gambar 17. Word cloud media online 2020 (n=2.351)

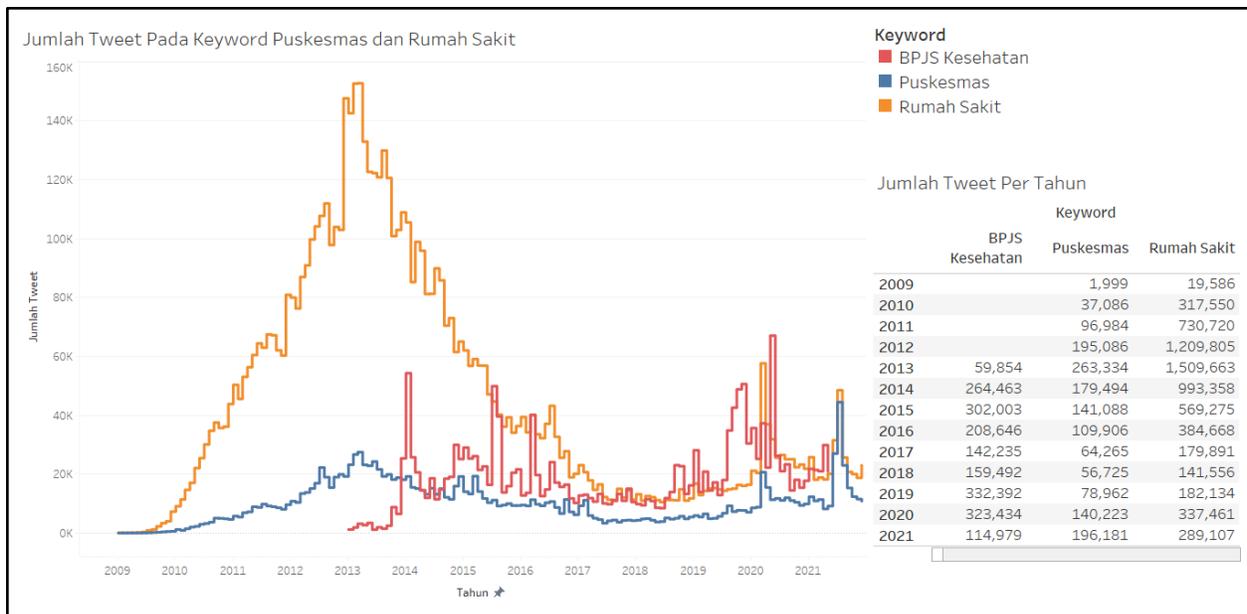


Gambar 18. Word cloud media online 2021 (n=2.424)

3.2. Twitter

Selain media online, yang dimaksud dengan media sosial dalam laporan ini adalah media komunikasi dengan mengandalkan akun pengguna. Sejak 2007 berbagai media sosial bermunculan dan berlipat jumlahnya: Friendster, Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram, Path, Google+, dan lain sebagainya. Dan memang, sekarang pun hampir seluruh media (baik surat kabar, radio, maupun TV) memiliki akun di salah satu atau seluruh media sosial tersebut.

Media sosial yang dipantau dan dianalisis adalah Twitter, khususnya rekaman perbincangan dalam negeri (Indonesia) seputar pelayanan kesehatan primer. Analisis dilakukan atas 1.571.817 unit perbincangan di ruang elektronik ini dalam periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2021, dengan frekuensi setiap tahunnya seperti yang terlihat pada Gambar 19. Untuk membandingkan luasan cakrawala percakapan, kajian ini juga memindai 6.864.774 percakapan mengenai 'rumah sakit' dan 1.907.498 percakapan mengenai 'BPJS Kesehatan'.



Gambar 19. Frekuensi tweet setiap tahun mengenai Pelayanan Kesehatan Primer dibandingkan dengan rumah sakit dan BPJS Kesehatan

Serupa dengan analisis media *online*, disusunlah kategorisasi berdasarkan frekuensi kemunculan kata-kata kunci yang terkait Puskesmas, FKTP dan klinik dalam percakapan. Kata-kata kunci ini dikaitkan dengan kejadian signifikan (*events*) per tahun. Analisis terhadap kejadian signifikan yang didefinisikan dalam periode 2019-2021 kemudian disusun sebagai daftar tren .



Tabel 3. Kejadian/drivers utama yang diperbincangkan di twitter menurut 100 tweet terpopuler

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
2009	tvOneNews	Pemkot Malang Gratisan Berobat di Puskesmas http://bit.ly/8F9V8z	Layanan gratis/pembiayaan
	noriyu_md	@pasarsapi yah..betapa jiwa&raga tenaga2 kesehatan puskesmas kita yg OVERLOAD dg pekerjaan+program2 overlapping tanpa ada tenaga pelaksana..	Beban kerja tenaga kesehatan
	kompascom	HEALTH NEWS : Puskesmas Calang Kewalahan Tangani Pasien http://bit.ly/6P5ppZ	Kapasitas layanan
	mratuliu	Tadi pagi nonton tv1, warga bandung byk yg keracunan obat anti kaki gajah yg dikasih gratis sm puskesmas.. Smp ada 9 org yg mninggal..	Kualitas layanan
2010	Metro_TV	Tiap tahun lulus 5000 dokter baru. Tp ada 900 Puskesmas tanpa dokter. Mengapa ini terjadi? Baca KOLOM Kartono Mohamad http://t.co/ikisRuq	Kesiapan sisi pasokan (<i>Supply-side readiness</i>)
	kompascom	1600 Puskesmas Indonesia Tanpa Dokter http://bit.ly/cNMxRS	<i>Supply-side readiness</i>
	Metro_TV	Biaya Berobat di Puskesmas bagi Warga Miskin Hanya Rp1.400: http://bit.ly/bFgHEB via @addthis	Layanan gratis/pembiayaan
	tvOneNews	RS Swasta & Puskesmas Bisa Diberdayakan Layani Pasien Gakin http://de.tk/Xxsfl	Layanan gratis/pembiayaan
	tvOneNews	Biaya Persalinan di Kelas III & Puskesmas Gratis Pada 2011 http://bit.ly/dRmenF	Layanan gratis/pembiayaan
	OneNews	Waspada, Puskesmas Gorontalo Banyak Gunakan Vaksin Rusak http://bit.ly/cTfeQc	Kualitas layanan

⁴ Dikelompokkan berdasarkan Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020)

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
2011	teletubbles	PUSKESMAS : Pusing Keseleo Masuk angin -ohdamn	Kualitas layanan
	detikcom	Apoteker Berlimpah tapi yang Kerja di Puskesmas Sangat Sedikit http://de.tk/5I4JV via @detikhealth	Supply-side readiness
	detikcom	Puskesmas Harus Bisa Menangani Pasien Sakit Jiwa http://de.tk/VDKIa via @detikhealth	Kapasitas layanan
	blogdokter	Peruntukan dokter spesialis itu bukan pd pelayanan dasar di puskesmas, tp di rumah sakit. #bulukumba	Rujukan
	Metro_TV	Anggaran Kesehatan Naik, Ratusan Puskesmas tetap Memprihatinkan http://t.co/JlRpg2x	Supply-side readiness
	detikcom	Puskesmas PONED, Agar Tak Ada Lagi Ibu dan Bayi Meninggal http://t.co/iuJ59UpH via @detikhealth	Kapasitas layanan
	detikcom	Seluruh Puskesmas Dapat Bantuan Operasional Rp 75-250 Juta http://de.tk/HStxS	Pembiayaan
	republikaonline	Ini 100 Jenis Penyakit yang tak Tersentuh Puskesmas http://t.co/zYwJCqIz	Kapasitas layanan
2012	basuki_btp	Kartu jakarta sehat sudah diluncurkan, jika ada puskesmas/RS rujukan yang menolak harap lapor ke GUB/WAGUB dan kedinkes Pemda.	Layanan gratis/pembiayaan
	detikcom	Puskesmas ala Indonesia Banyak Dicontoh Negara Lain http://t.co/1zDr3nFI via @detikhealth	Kualitas layanan
	shahnazhaque	Saat ini pelayanan kesehatan yang telah memiliki ISO terdiri 44 Puskesmas kecamatan, 5 RSUD, dan 144 Puskesmas Kelurahan..keren bgt..	Kualitas layanan
	detikcom	Jokowi-Ahok Ingin Seluruh Kesehatan Warga Jakarta Ditanggung di Puskesmas http://t.co/vzKBzSMM	Layanan gratis/pembiayaan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	kompascom	Seluruh Puskesmas di DKI Mulai Gratiskan Layanan http://t.co/2Z8pbe5p	Layanan gratis/pembiayaan
	Metro_TV	Kartu Sehat Jakarta Berlaku, Puskesmas Kewalahan http://t.co/bA4tAC18	Kapasitas layanan
	VIVAcoid	Ahok: Orang Kaya Mana Mau ke Puskesmas http://t.co/7iHqy8Z5 @basuki_btp	Kualitas layanan
	KoasRacun	Proyek belanja gedung DPR sampai milyaran. Stok obat di puskesmas dibatasi. What the F is wrong with the government?!	<i>Supply-side readiness</i>
2013	SBYudhoyono	Dgn BPJS Kesehatan, rakyat miskin dpt berobat & dirawat gratis di Puskesmas & rumah sakit. BPJS utk penuhi hak hidup sehat bagi semua.	Layanan gratis/pembiayaan
	detikcom	Meski Besok Dokter se-RI Kompak Tak Praktik, Puskesmas Tetap Berjalan http://t.co/dJb3pgNyIW via @detikhealth	Kapasitas layanan
	Metro_TV	2014, Gaji Dokter dan Perawat Puskesmas DKI Rp7 Juta/Bulan http://t.co/LTAJF8XOgH	Insentif tenaga kesehatan
	SamitraAdhikari	31. Karena kewalahan, RS menuding Puskesmas sbg pihak yang asal memberi rujukan bagi pasien. #DKI	Kapasitas layanan
	detikcom	Potret Puskesmas Indonesia Saat Ini, Masih Ada yang Belum Punya Stetoskop http://t.co/9dGLLL5F3O	<i>Supply-side readiness</i>
	detikcom	Ahok: Seluruh Puskesmas di DKI Nanti Akan Sesuai Standar RSCM http://t.co/KAUsrcLHVE	Kapasitas layanan
	detikcom	Ridwan Kamil Bercita-cita Ingin Bangun Puskesmas 24 Jam http://t.co/HwAqiaezXZ	Kapasitas layanan
	detikcom	Jokowi Akan Lelang Jabatan Kepala Puskesmas http://t.co/PY0NB0Gne2	Kualitas tenaga kesehatan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	falla_adinda	Gaji dokter honorer di puskesmas dan RSUD JKT dipastikan Ahok akan diatas 7.5jt. Praise the Lord! God bless him.	Insentif tenaga kesehatan
	detikcom	Ahok: Kata Profesor, 70% yang Masuk RSCM Bisa Ditangani di Puskesmas http://t.co/URVzXiKC	Kapasitas layanan
	Metro_TV	Dokter Spesialis Akan Ditempatkan di 341 Puskesmas http://t.co/BdUyn17jzz	Supply-side readiness
2014	detikcom	Prabowo wajibkan dokter baru ke daerah miskin, Jokowi dirikan 6 ribu puskesmas http://t.co/rbHPUSpzHg @majalah_detik http://t.co/Ux3sym8nsO	Supply-side readiness
	firrywahid	Bidang Kesehatan: Jokowi janji akan kembangkan sedikitnya 6000 dr 9000 Puskesmas yg ada.. Prabowo janji bikin RS modern di setiap kab/kota	Supply-side readiness
	blogdokter	BPJS Kes mengharuskan beberapa penyakit harus diselesaikan di Puskesmas/PPK I dan tidak boleh dirujuk ke RS/PPK II. #BD	Kapasitas layanan
	ang_chun	2. Jokowi Janjikan Bangun 50 Ribu Puskesmas http://t.co/RPa6yHp9oP	Supply-side readiness
	GWirjawan	Indonesia butuh lebih banyak Puskesmas agar pelayanan kesehatan menjadi lebih baik. -blb http://t.co/PaVoYWpp37	Supply-side readiness
2015	fadlizon	Waktu kampanye @jokowi_do2 janji bangun 50.000 puskesmas. Artinya 1 Hari 27 puskesmas. Smp sskrg sdh hampir 3 bln, sdh blm kelihatan tanda2.	Supply-side readiness
	sbotv	VIDEO : : Banyaknya Puskesmas Tak Jamin Kesehatan Masyarakat http://t.co/f0rcVbpiO5 #SBOUpdate via @SBOUpdate @sbotv	Kapasitas layanan
	detikcom	243 Puskesmas di Indonesia Rusak Berat http://t.co/1WdSKS2bBp via @detikHealth http://t.co/pCTDbliOwc	Supply-side readiness

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	detikcom	Kebanjiran Pasien, RSCM Disebut Mirip Puskesmas Raksasa http://t.co/k27NalUoNc	Kapasitas layanan
	Nusantara_Sehat	Kompas 18 Maret 2015 : Perkuat Puskesmas di perbatasan "Tenaga kesehatan dibekali keahlian nonmedis" #nusantarasehat http://t.co/u7kq7EbDfY	Distribusi dan kualitas tenaga kesehatan
	KemendesRI	10 Puskesmas yang Lolos Akreditasi Kementerian Kesehatan. https://t.co/uZkfYC8wHD	Akreditasi
2016	psi_id	Ada 44 puskesmas di tingkat kecamatan di Jkt yg memiliki fasilitas setara Rumah Sakit. Keren Pak @basuki_btp ! Yuk dukung #JakartaSehat https://t.co/gOHSIdZ5VC	Kapasitas layanan
	ridwankamil	Warga Bandung, semua vaksin puskesmas di Bandung terjamin keasliannya karena SOP nya selalu mengambil dari sumber kemenkes.	Kualitas layanan
	AhokDjarot	"Sekarang siapapun anda asalkan memiliki KTP DKI kalau sakit langsung masuk puskesmas, kami urusin semuanya" #BadjaBeramal	Layanan gratis/pembiayaan
	pandji	Anies-Sandi targetkan 80% Ibu ASI eksklusif. Caranya? Dari rekrut konselor menyusui di Puskesmas ke wajibkan ruang laktasi di mal & kantor https://t.co/plIESIQPub	Kapasitas layanan
	dirgarambe	Prkembangan kasus #vaksinpalsu menuju titik terang. @KemendesRI memastikan vaksin di Puskesmas/RS Pemerintah asli. Rantai distribusi terjaga	Kualitas layanan
	KemendesRI	Puskesmas bukan hanya sebagai tempat pelayanan tapi juga digunakan sebagai edukasi & deteksi dini bagi masyarakat #IndonesiaLawanDiabetes	Kapasitas layanan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
2017	basuki_btp	Selamat Hari Kesehatan Internasional. #JakartaPunyaSemua, ambulans gratis, upgrade puskesmas, dan dokter pribadi untuk warga tanpa kecuali. https://t.co/UZLAg7ZEqb	Kapasitas layanan
	halus24	Bareskrim Polri: 18 Puskesmas di DKI yang Diresmikan Djarot Terindikasi Korupsi https://t.co/o0VrSPZfPU	Tata kelola
	addiems	Puskesmas di Jakarta sudah berbeda. Keren. https://t.co/UAIWJZ3i3N	Kualitas layanan
	RakyatCyber	Benar kata Marwan Jafar, kemajuan apa sih yg dibuat Ganjar? Jalan jalan masih tetep rusak, kemarin yg terbaru ada ibu2 jalan 1,5 Km utk obatin anaknya ke puskesmas tpi malah ditolak. Hingga anak itu wafat, Ganjar gak tau malu malah mention bupati via Twitter	Akses layanan
	Sutopo_PN	Dampak gempa 6,9 SR menyebabkan 4 orang tewas, 11 orang luka berat, 25 orang luka ringan, 451 rumah rusak berat, 579 rumah rusak sedang, dan 1.905 rumah rusak ringan. Kerusakan 46 unit sekolah/madrasah, 38 unit tempat ibadah, 9 kantor, dan 4 rumah sakit dan puskesmas.	<i>Supply-side readiness</i>
	ridwankamil	Dgn apps konsultasi online antar dokter puskesmas dgn ribuan dokter spesialis ini, beban & antrian ke rumah sakit bisa diturunkan maksimal. https://t.co/1mREOEZ3wD	Kapasitas layanan
	BPJSKesehatanRI	#SebaiknyaAndaTahu Perubahan Faskes FKTP hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu 3 bulan setelah peserta terdaftar di FKTP sebelumnya :) https://t.co/5kl6xDdXNL	Tata kelola
	detikcom	Ditolak Berobat ke Puskesmas, Bayi 7 Bulan di Brebes Meninggal https://t.co/AYkM2FALVs https://t.co/61xmETcA7P	Akses layanan
	setkabgoid	Tahun ini, @KemenkesRI akan tempatkan 1.120 Nakes di 188 Puskesmas utk tingkatkan capaian indikator Program Indonesia Sehat	<i>Supply-side readiness</i>

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	ganjarpranowo	Puskesmas perlu sgr diakreditasi! cc @dinkesjateng @dinkesbrebeskab @KemenkesRI --- Bayi Meninggal karena Ditolak Berobat di Puskesmas, Gubernur Ganjar Marah https://t.co/AkpltVIsHm	Akses layanan
	AzwarAnas_A3	Top tmn2 Puskesmas & @Dinkesbwi yg tak lelah jemput bola ke rumah warga sakit-kurang mampu. Bekerja plus ibadah. https://t.co/r2Tx2c1XIX	Akses layanan
	KemenkesRI	Kemenkes Targetkan Bangun 124 Puskesmas Baru di Perbatasan @KemenkesRI via @republikaonline https://t.co/ECw2toVeV9	<i>Supply-side readiness</i>
2018	sandiuno	Kami, Prabowo-Sandi akan meneruskan program BPJS ini, dan kami yakin bisa mengelola ini dengan lebih baik. Kedepan, kami pastikan tidak ada lagi rumah sakit dan puskesmas yang dihutangi.	Tata kelola
	JackVardan	Ini hasil penelusuran gua tentang janji kampanye Jokowi 2014 akan bangun 50.000 puskesmas. Data yang gua dapat, cuma bertambah 94 puskesmas 2014 s/d 2017. Ini lampiran lengkapnya dalam bentuk artikel yang gua buat, sila dibaca : https://t.co/U0oorLOKKE https://t.co/ZgTtFeDYEm	<i>Supply-side readiness</i>
	historia_id	Ada yg mempertanyakan peran Yohanes. Kenalilah Johannes Leimena, terlibat pergerakan sejak Sumpah Pemuda, ikut berbagai perundingan, 8 kali jadi menteri kesehatan, dan perintis sistem pelayanan kesehatan dg melibatkan masyarakat yg kemudian jadi Puskesmas https://t.co/Dctq3Gusvp	Kapasitas layanan
	rmol_id	Dugaan Korupsi Pembangunan 30 Puskesmas DKI Era Ahok Dilaporkan Ke KPK #Korupsi https://t.co/dJVIC6Xsby	Tata kelola
2019	didut	Silahkan disebar, siapa tau ada yang membutuhkan. DAFTAR LAYANAN PSIKOLOG KLINIS di PUSKESMAS JAKARTA. Bisa menggunakan BPJS atau bayar 30 ribu rupiah per konsultasi. [sumber lewat sebuah post di Facebook] https://t.co/hPSdzkiAUC	Kapasitas layanan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	aniesbaswedan	Alhamdulillah, wa syukurillah... Syukur yang mendalam, ketiga petugas Ambulans Gawat Darurat dari Puskesmas Kec. Pademangan yang sempat ditahan oleh Polda Metro Jaya telah kembali pulang. https://t.co/rZWtWLko4o https://t.co/SGR46f120X	Peristiwa
	naishakid	Kalau kamu merasa butuh ke psikolog tapi takut mahal, janganlah itu menghalangi niatmu buat cari bantuan. Biaya konsultasi psikologi di Puskesmas cuma Rp7.000 saja, kok. Bahkan katanya gratis kalau pakai BPJS. Hope you'll feel better soon! *hugs* https://t.co/bw0nSQa90U	Kapasitas layanan
	idtodayco	Puskesmas Tidak Memberikan Izin Ambulan, Seorang Ayah Gotong Jenazah Anak Pulang ke Rumah https://t.co/e67rpqUZhC	Peristiwa
	evalez_fr	Pak @ganjarpranowo bagaimana nih warga Kecamatan Wanasari, Brebes. Mau berobat malah ditanyain KIS, bayi kan blm punya KIS. Jalan Kaki 1,5 Km, Ibu Ditolak Puskesmas hingga Bayinya Meninggal https://t.co/LOsdbiJ32m	Akses layanan
	ridwankamil	MPUS (MOBILE PUSKESMAS) akan dimulai programnya Senin besok di Cililin KBB. Mobil yg bisa bertransformer memperluas diri ini akan berkeliling ke desa2 terpencil di Jabar, memberikan pelayanan kesehatan lengkap dgn dokter, tenaga kesehatan & peralatan termasuk digital telemedicine https://t.co/20Bm2kJbni	Akses layanan
	aniesbaswedan	Kepala Puskesmas Cilandak, dr. Luigi dan timnya menciptakan aplikasi e- Jiwa untuk mendeteksi gangguan kejiwaan dan membuat perawatan kejiwaan terintegrasi. Aplikasi e- Jiwa kini sedang dikembangkan @dinkesJKT untuk digunakan oleh puskesmas se-Jakarta. https://t.co/9F4lIQaYVB https://t.co/9RWAlIMfy2	Kapasitas layanan

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
2020	ridwankamil	PENYUNTIKAN PERCOBAAN VAKSIN COVID-19 melalui lengan kiri saya sudah dilakukan kemarin di Puskesmas Garuda Bandung. Tubuh saya sekarang secara resmi mengandung virus Covid-19 yang sudah dilemahkan atau dimatikan. (Mohon dibaca sampai utasnya tuntas - 1/5) https://t.co/mi8EjcKltL https://t.co/mi8EjcKltL	Peristiwa
	Adiitoo	Intinya begini. Kalau lo merasakan gejala-gejala seperti; 1. Demam 2. Serak 3. Flu 4. Baru balik dari LN atau habis melakukan kontak dengan orang-orang yang baru balik dari LN, Langsung ke Puskesmas.	Peristiwa
	ferdiriva	Buat kamu yang ingin mendonasikan APD ke tenaga medis, please jangan lupa mereka yang di PUSKESMAS. Pasien yang sakit awalnya ada yang ke sana dulu sebelum dirujuk.	Peristiwa
	dr_koko28	Hari ini pasien Covid nambah 2000-an. Ada puskesmas yang terpaksa ditutup. Ada dokter yang meninggal. Ada tenaga kesehatan yang sakit. Saya berharap kita bisa cegah pertambahan kasus. Agar faskes dan nakes kita tidak "overwhelmed". Jangan sampai kolaps deh.	Peristiwa
	podoradong	Gara-gara Jokowi minta kurva sebaran corona turun dalam dua pekan, akhirnya ada instruksi semua puskesmas di surabaya meniadakan rapid test massal dan mengurangi test PCR dengan alasan ketiadaan reagen	Peristiwa
	taufiknugraha	Twitter please do your magic! Saya Apoteker di salah satu puskesmas di kota bandung sedang membutuhkan banyak masker N95 untuk melakukan swab dan pelayanan pasien di rawat jalan. Kami sedang kekurangan APD khususnya masker N95. Siapa tau ada yang mau bisa bantu menghibahkan 🙏🙏🙏🙏	Peristiwa
	trendingtopiq	Semua Puskesmas di Makassar buka swab gratis. https://t.co/9ISny7M05u https://t.co/9ISny7M05u	Kapasitas layanan

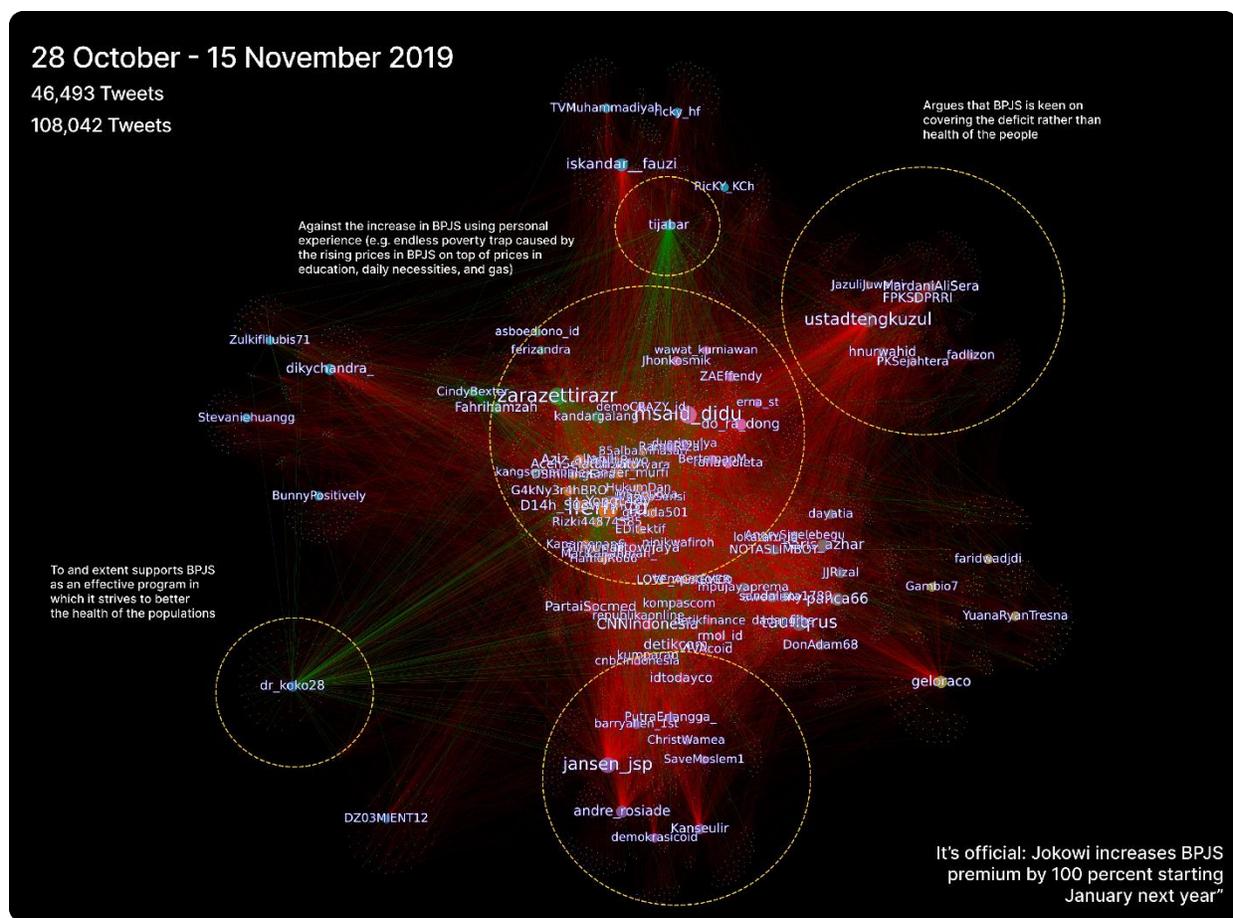
Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	imadya	Hari ini akhirnya dapat juga masker, 1500 masker dan 300 sarung tangan saya bagikan ke Puskesmas Kecamatan : Kebon Jeruk, Tamansari dan Palmerah. Saya membagikan ke tim medis di puskesmas kecamatan karena sebagai ujung tombak paling dekat dengan warga yang sakit. https://t.co/IKUHx3pofc	Peristiwa
2021	anonblobfish	Seneng banget liat ibu2 kader mengekspresikan kebanggan mereka sbg kader posyandu. Tanpa mereka ngga akan jalan itu pelayanan kesehatan tingkat desa dan puskesmas bakal kewalahan. Most ppl just dont know how hard their work is and how unappreciated they are. https://t.co/IPhOHe96YU	Peristiwa
	YoGojekYo	Friends, kalian yg bergejala tapi gak bisa swab karena terkendala biaya japri gw yuk. Nanti kita siapkan alat & tenaga relawan buat swab gratis. Kalau hasilnya positif, wajib lapor puskesmas & PCR + isoman!!! Kalau negatif kita bantu asupan vitaminnya, bisa lanjut ngebid 💎💎 https://t.co/f3Y5Zs80hc	Peristiwa
	WidasSatyo	Vaksin di puskesmas kosong tapi ada partai yg bisa ngadain event vaksinasi itu cukuplah memberi gambaran gimana crisis management bangsamu.	Kapasitas layanan
	irasjafii	Ya Tuhan, buat apa. Pertama, itu ruang terbuka. Kedua, udah disterilkan oleh UVC alami alias matahari. Mending beliin puskesmas, oksigen konsentrator, pulse oxymetri dan sistem telemedicine utk memantau pasien isoman. https://t.co/TKCmCImToF	Peristiwa
	berhijabmerah	Org dan circlenya berduit klo positif Covid19 msh enak. Diworo2 trus cuss tes antigen/PCR dana pribadi. Klo jelata lapor dulu ke puskesmas, mau PCR suruh tunggu sambil isoman smbl dirasa2 sakitnya. Prosesnya g sat-set. Makanya plis jgn pd sembrono. Apalagi udh sembrono nyolot	Peristiwa

Tahun	Akun Twitter	Tweet	Events/Trends ⁴
	zwolftenaugust	guys pcr itu mahal karena mesin pcr mahal, mesin ekstraksinya mahal, reagentnya mahal. bsc (meja kerja) harus min. level 2. labnya zero pressure. makanya kalo mau free ya di puskesmas/litbangkes karena semua harga2 yg mahal itu pake dana kemenkes. soalnya modal bikin lab gede. https://t.co/a5zliwZvFA	Peristiwa
	blogdokter	Saran ke pemerintah: Puskesmas fokus di tracing dan testing. Rumah sakit fokus di treatment. Untuk vaksinasi, silakan rekrut relawan atau instansi lain di luar kedua instansi di atas, Capek loh kalau semua kerjaan harus dirangkap2. Mudah mudahan didengar.	Peristiwa
	ribonk	Puskesmas dan FKTP kolaps, stafnya pada tumbang. Ada wacana tutup layanan esensial utk fokus ke 3T dan vaksinasi. Selamat covidiot, kalian bikin banyak lansia dan org dgn komorbid bakal susah berobat dan kontrol rutin.	Peristiwa
	democrazymedia	Miris! Jokowi Siapkan Rp178 Triliun Bangun IKN, tapi 171 Kecamatan di Indonesia Belum Punya Puskesmas https://t.co/m3AId6RuHP	Supply-side readiness
	mrs_enci	Teman-teman, Provinsi Jawa Barat bersama dengan CISDI membuka lowongan untuk 500 tenaga kesehatan terkait penguatan Puskesmas ya. https://t.co/Kr9379W7PW	Distribusi dan kualitas tenaga kesehatan
	ObiWan_Catnobi	Pekan lalu, tanggal 9 Juli tepatnya, gudang penyimpanan vaksin Puskesmas Sumur Batu & gudang farmasi Dinkes Jakarta Timur juga terbakar. Korslet juga katanya. ±1000 ampul vaksin musnah di Puskesmas Sumur Batu. Kalo di gudang farmasi, 'cuma' arsip	Peristiwa
	muchlis_ar	Di Sumbar, sejumlah Pemda dilaporkan hanya numpuk vaksin yg sudah terkirim. Di Aceh, petugas vaksin di lapangan diserang. Lokasi dirusak. LaporCovid masih berisik ngritik keterlibatan TNI Polri, krn seharusnya semua diserahkan Puskesmas. Yang penting berisik.	Peristiwa

Sebuah perbandingan: Gambaran Analisa Jaringan Diskursus (*Discourse Network Analysis*) (*DNA*) dan Analisa Sentimen (*Sentiment Analysis*) dalam JKN

Pada sub bab ini, tim peneliti ingin memberikan gambaran mengenai kedalaman pemindaian yang mampu digali dari cakrawala pembicaraan publik (media sosial maupun twitter). Studi serupa yang telah diselesaikan oleh tim peneliti, yaitu memindai cakrawala percakapan publik untuk topik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Seperti telah disampaikan pada bagian awal bab ini, sepanjang tahun 2003–2021, terpantau hampir 2 juta cuitan tentang JKN di platform twitter.

Sebagai contoh, DNA yang terpetakan untuk topik tentang kenaikan iuran JKN dapat menjadi jejaring yang dilihat jelas keterkaitan antar aktornya, seperti gambar di bawah ini.



Gambar 20. Peta DNA kenaikan iuran BPJS

Dari peta DNA di atas, dapat diasumsikan bahwa publik ikut mempunyai ketertarikan membicarakan JKN dan secara eksplisit menyuarakan protes kepada pemerintah tentang ketidakberhasilan pemerintah dalam menangani defisit BPJS. Bahkan, pada puncaknya tanggal 12 Mei 2020, menunjukkan 7 dari 9 kelompok mempunyai sentimen negatif. Ini

menunjukkan peningkatan signifikan dari puncak sebelumnya tanggal 16 Oktober 2018, di mana hanya 3 dari 7 kelompok yang mempunyai sentimen negatif terhadap JKN.

Selain DNA, pemindaian cakrawala dengan data percakapan publik dalam jumlah yang memadai dapat menghasilkan analisa sentimen atau *sentiment analysis*. Untuk topik JKN, kajian yang dikerjakan oleh tim peneliti pada tahun 2021 memindai peta analisa sentimen seperti gambar berikut:



Gambar 21. Peta Analisa Sentimen JKN

Analisa mendalam seperti ini dimungkinkan karena isu JKN ramai diperbincangkan publik. Sementara, analisa pemindaian cakrawala PHC terpaksa dilakukan dalam bentuk klaster *word cloud* karena jumlah percakapan publik tentang PHC hanya sedikit. Percakapan publik yang tertangkap bersifat satu arah sebagai pemberitahuan yang bersifat operasional dan tidak menyentuh aspek kebijakan PHC maupun sistem kesehatan. Hilangnya perspektif dan tidak tertangkapnya aspirasi publik ini berdampak pada stagnannya kebijakan PHC selama bertahun-tahun.



BAB 4

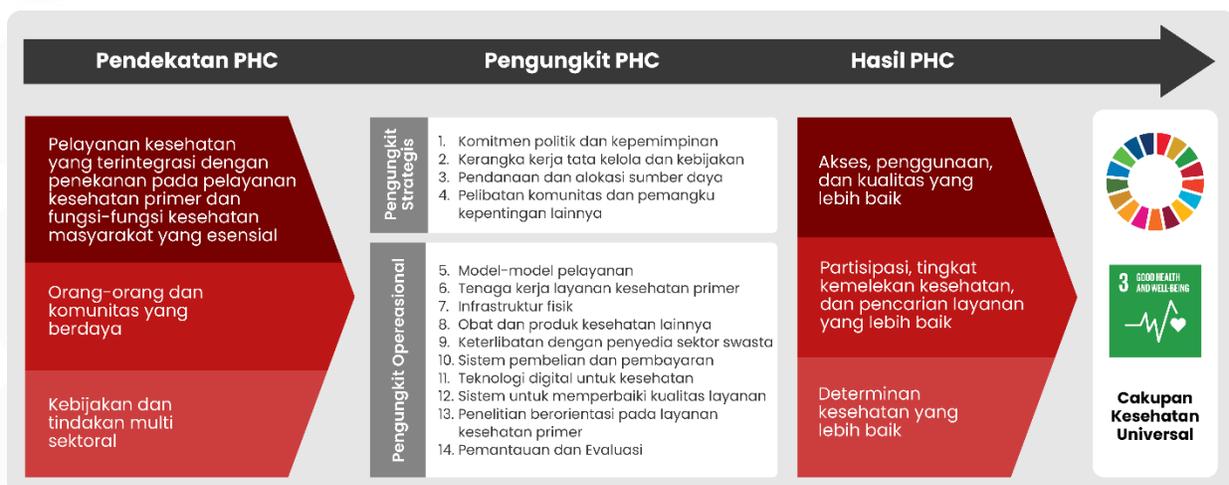
Tantangan Struktural Layanan Kesehatan Primer di Indonesia

“Staring at danger may not be pleasant – but closing your eyes will not make the danger go away, and with closed eyes you will surely be destroyed by it.”

Isaac Asimov, *Castratrophes!*

Melihat keterbatasan cakrawala diskursus PHC di ruang publik yang dapat dipindai dalam tahap *horizon scanning*, tim penulis memutuskan untuk menggunakan Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020) sebagai kompas dalam memetakan tantangan struktural. Berbagai masukan dari para narasumber ahli dalam Delphi (FGD dan Pleno), maupun masukan para narasumber ahli yang diundang khusus dalam diskusi STEEPV dipetakan ke dalam pemetaan isu yang kemudian dimasukkan ke dalam Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020). Berbagai isu yang terpetakan di cek kembali konteks maupun teknisitasnya berdasarkan referensi yang tersedia dalam publikasi ilmiah.

Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020) mengemukakan 14 pengungkit utama yang diperlukan setiap negara untuk menerjemahkan Deklarasi Astana ke dalam kerangka kebijakan operasional. Kebijakan atau intervensi setiap pengungkit tidak bisa dilakukan secara independen karena saling terkait erat.



Bagan 7. Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020)

Berdasarkan klasifikasi Teori Perubahan tersebut, kami menggunakan metodologi Delphi untuk memandu proses konfirmasi dan validasi hasil *horizon scanning* kepada para ahli (lihat daftar narasumber Delphi di Lampiran 4.). Dalam dua seri Delphi yang bertema arah kebijakan dan aspek ekonomi dan investasi (*economic and investment case*), kami bertanya: (1) Apa saja permasalahan Layanan Kesehatan Primer di Indonesia dan bagaimana persoalan-persoalan itu saling terkait?; (2) Apa yang bisa dilakukan dari sisi kebijakan untuk menyelesaikan persoalan tersebut, baik dari sisi kerangka regulasi maupun implementasi operasional?; (3) Apa investasi yang diperlukan untuk menyelesaikan persoalan tersebut?

Konsultasi pleno yang diadakan setelahnya digunakan untuk memastikan seluruh tren yang diidentifikasi dan dipetakan telah dibahas secara lebih mendalam dan dipertajam serta diringkas agar lebih mudah dipahami dan dimengerti sebagai data untuk membantu analisis dinamika seputar layanan kesehatan primer.

Dari seluruh tren yang terpetakan, analisis deskriptif dikembangkan untuk 14 domain pengungkit strategis dan operasional yang membutuhkan perhatian dan tanggapan pemerintah. Keempat belas domain tersebut adalah tantangan struktural penyelenggaraan layanan kesehatan primer di masa depan. Analisis atas 14 domain tersebut juga akan dimanfaatkan pada bagian lain laporan ini untuk memperkuat penyusunan prioritas strategis reformasi layanan kesehatan primer guna menanggapi tantangan tersebut.

4.1. Pengungkit Strategis

4.1.1. Komitmen politik dan kepemimpinan

Di tingkat nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) sebagai komitmen politik dan kepemimpinan menempatkan reformasi layanan kesehatan primer sebagai prasyarat tercapainya cakupan kesehatan semesta dan SDGs. Sebagai kementerian teknis utama, Kementerian Kesehatan menetapkan tiga indikator mutu kinerja: (1) Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama terakreditasi; (2) Persentase puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar; (3) Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial.

Akan tetapi, reformasi layanan kesehatan primer membutuhkan komitmen dan kepemimpinan Kementerian/Lembaga non-kesehatan, setidaknya: Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Desa, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan BPJS Kesehatan. Bappenas merencanakan peningkatan layanan kesehatan dalam kaitannya dengan rencana peningkatan SDM yang berkualitas dan berdaya saing. Senada dengan Kementerian Keuangan. Kementerian Desa menempatkan layanan kesehatan dalam usaha mewujudkan desa mandiri dan desa berkembang. Namun, ketiganya tidak gamblang menetapkan indikator kinerja yang terkait. Berbeda dengan Bappenas dan Kementerian Desa, BKKBN mencantumkan penguatan kapasitas faskes dan jaringan/jejaring yang melayani Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (KBKR) dalam strategi kebijakan dengan dua indikator kinerja berbasis puskesmas.

Strategi-strategi di atas menunjukkan bahwa dokumen-dokumen perencanaan Kementerian/Lembaga di atas, tidak sepenuhnya mengakomodasi tiga komponen pelayanan kesehatan primer, yaitu: (a) fungsi pelayanan primer dan kesehatan masyarakat esensial sebagai inti dari pelayanan kesehatan terpadu; (b) kebijakan dan tindakan multisektoral; dan (c) masyarakat dan komunitas yang diberdayakan (WHO & UNICEF, 2020).

4.1.2. Kerangka kerja tata kelola dan kebijakan

Menurut UU No. 23 tahun 2014, Pemerintah Pusat menetapkan kebijakan sebagai dasar dalam menyelenggarakan urusan Pemerintah Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan. Untuk mendukung kerangka operasionalisasi, Pemerintah pusat menerbitkan instrumen kebijakan dan tata layanan kesehatan primer setidaknya melalui 2 Undang-undang, 2 Peraturan Presiden dan 16 Permenkes serta Kepmenkes (lihat Lampiran 1). Akan tetapi, parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan yang diamanatkan oleh UU hanya terkait aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan.

Dengan menempatkan kesehatan sebagai urusan pemerintahan konkuren⁵, Pemerintah pusat ingin memberikan otonomi yang signifikan kepada pemerintah daerah. Sebagai konsekuensi dari penetapan ini, Pemerintah pusat dihadapkan pada tantangan untuk mencapai tujuan nasional karena penyampaian layanan publik utama menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Dengan demikian, keberhasilan Pemerintahan desentralisasi bergantung pada konseptualisasi yang tepat tentang ruang lingkup dan mekanisme pengaruh pemerintah pusat terhadap pemerintah daerah, termasuk pada akhirnya kemampuan untuk mendapatkan kepatuhan kinerja yang berkaitan dengan pemberian layanan.

Salah satu cara untuk mendapatkan kontrol tersebut adalah melalui pengenalan fungsi wajib pemerintah daerah dan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang terkait. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 menyerukan kepada pemerintah provinsi untuk menetapkan standar untuk fungsi wajib, berdasarkan pedoman pemerintah pusat. Sebagai *leading sector*, Kementerian Kesehatan menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan untuk mengubah SPM sebelumnya yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008. Indikator sasaran tingkat kabupaten dalam SPM saat ini dikategorikan ke dalam paket layanan standar untuk 12 kelompok populasi dan tidak lagi dalam bentuk indikator intervensi tunggal. Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang Kesehatan kemudian ditetapkan melalui Permenkes No. 4 Tahun 2019.

⁵ Urusan Pemerintahan Konkuren adalah Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota

Sebagai konsekuensi desentralisasi, Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Karenanya, Kementerian Dalam Negeri menetapkan Standar Pelayanan Minimum untuk memastikan pemerintah daerah memberikan pelayanan publik yang tepat dalam hal kuantitas maupun kualitas. Sayangnya, Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan, belum mengakomodasi mekanisme pemantauan dan evaluasi pencapaian SPM.

Untuk membantu Kementerian Dalam Negeri menjalankan pendekatan imbalan dan hukuman atau *carrot and stick approach*, Kementerian Keuangan menetapkan Dana Transfer Daerah berbasis kinerja sejak tahun 2020. Dana perimbangan (cek alokasi 2022), sebagai komponen Dana Transfer Daerah yang terbesar ditetapkan sesuai proporsi tertentu/dihitung dengan rumus tertentu dan besarnya tetap. Setiap daerah berhak atas dana perimbangan tanpa harus bersaing untuk mendapatkannya.

Sayangnya, besaran dana Dana Insentif Daerah (DID), yang mencerminkan insentif kinerja yang sesungguhnya, hanya sebesar 1,87% dari total transfer ke daerah. Kecilnya insentif yang diberikan tentu akan menimbulkan pemikiran, bahwa mengendapkan dana dan berharap mendapatkan jasa perbankan akan lebih menguntungkan daripada berkinerja dan "hanya" mendapatkan insentif yang kurang lebih sama dengan hasil jasa perbankan. Sebaiknya insentif yang diberikan atas capaian kinerja bisa ditingkatkan sampai pada tingkat ideal yaitu kisaran angka 20-40% dari total transfer ke daerah. Pengesahan RUU Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (HKPD) menjadi UU merupakan momentum yang tepat untuk menyempurnakan kebijakan transfer ke daerah.

Selain perihal penggunaan instrumen untuk insentif disinsentif, tata kelola yang terkait dengan akuntabilitas dan pertanggungjawaban terutama di sektor publik (mengingat masih terbatasnya kontribusi sektor swasta yang memanfaatkan dana publik untuk pelayanan primer) perlu ditinjau lagi. Mekanisme yang ada saat ini, seperti misalnya LAKIP, lebih berfungsi sebagai pemenuhan administrasi daripada mekanisme akuntabilitas. Kejelasan institusi atau lembaga yang memiliki kapasitas untuk menilai laporan kinerja dan transparansi konsekuensi dari pemenuhan atau tidak tercapainya kinerja suatu institusi layanan publik di sektor kesehatan perlu ditinjau ulang. Ini merupakan elemen penting dalam memaksimalkan penggunaan peralatan yang dimiliki oleh Pemerintah untuk dapat mendorong kinerja kementerian dan pemerintah daerah, baik itu instrumen keuangan (mekanisme penganggaran pusat, dana perimbangan) maupun SPM (Standar Pelayanan Minimum).



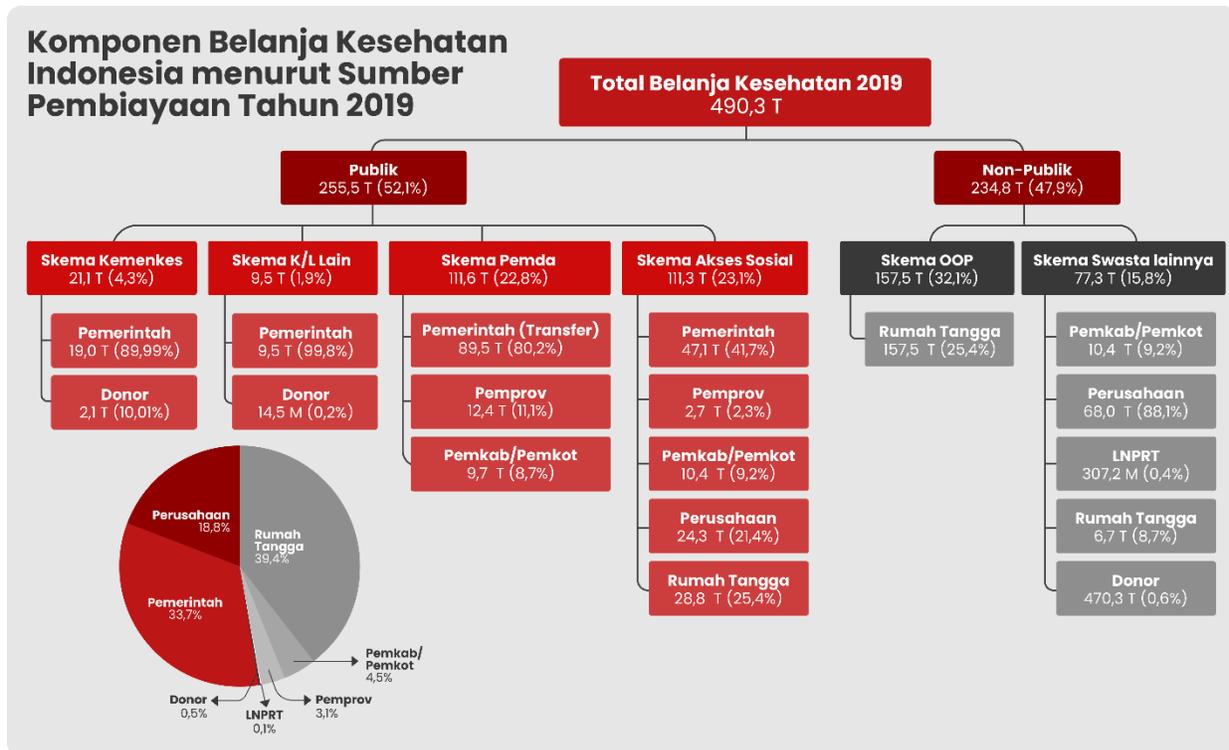
4.1.3. Pendanaan, alokasi sumber daya, dan pembelanjaan strategis

Pemerintah yang berupaya memberikan layanan kesehatan untuk semua memiliki tiga pilihan: (1) meningkatkan pendapatan pemerintah untuk kesehatan; (2) memotong biaya dengan membatasi cakupan layanan (misalnya, menghapus layanan tertentu dari paket manfaat standar, meningkatkan *cost-sharing* (*pangsa biaya yang harus ditanggung pengguna layanan*), atau mengurangi *supply-side financing* (*pendanaan di sisi pasokan*); atau (3) meningkatkan efisiensi penggunaan dana. Pengalaman global menunjukkan bahwa kombinasi dari ketiganya hampir selalu diperlukan.

Dari sisi ketersediaan anggaran, porsi anggaran kesehatan mencapai dan stabil pada 5 persen, jumlah yang dimandatkan secara hukum untuk sektor kesehatan dari belanja pemerintah pusat. Berdasarkan *National Health Account 2019*, total belanja kesehatan masyarakat secara nominal meningkat dari tahun ke tahun, namun relatif stagnan dalam proporsi terhadap PDB. Belanja publik untuk kesehatan—sebesar 0,016% persen dari PDB atau 0,52% persen dari total pengeluaran kesehatan (*total health expenditure*)—kalah besar dibandingkan rata-rata pengeluaran negara dengan tingkat pendapatan yang sama.

Belanja publik untuk kesehatan meningkat tajam dalam tahun terakhir dan belanja tunai langsung masyarakat (*out of pocket* atau OOP) berangsur turun dikarenakan implementasi JKN. Namun, outlook anggaran kesehatan Indonesia tahun 2021 yang mencapai Rp 326,4 triliun (naik 89,5%) hanya mencerminkan peningkatan prioritas jangka pendek. Sebaliknya, anggaran kesehatan tahun 2022 turun 21,8% dibanding *outlook* anggaran kesehatan Indonesia tahun 2021.

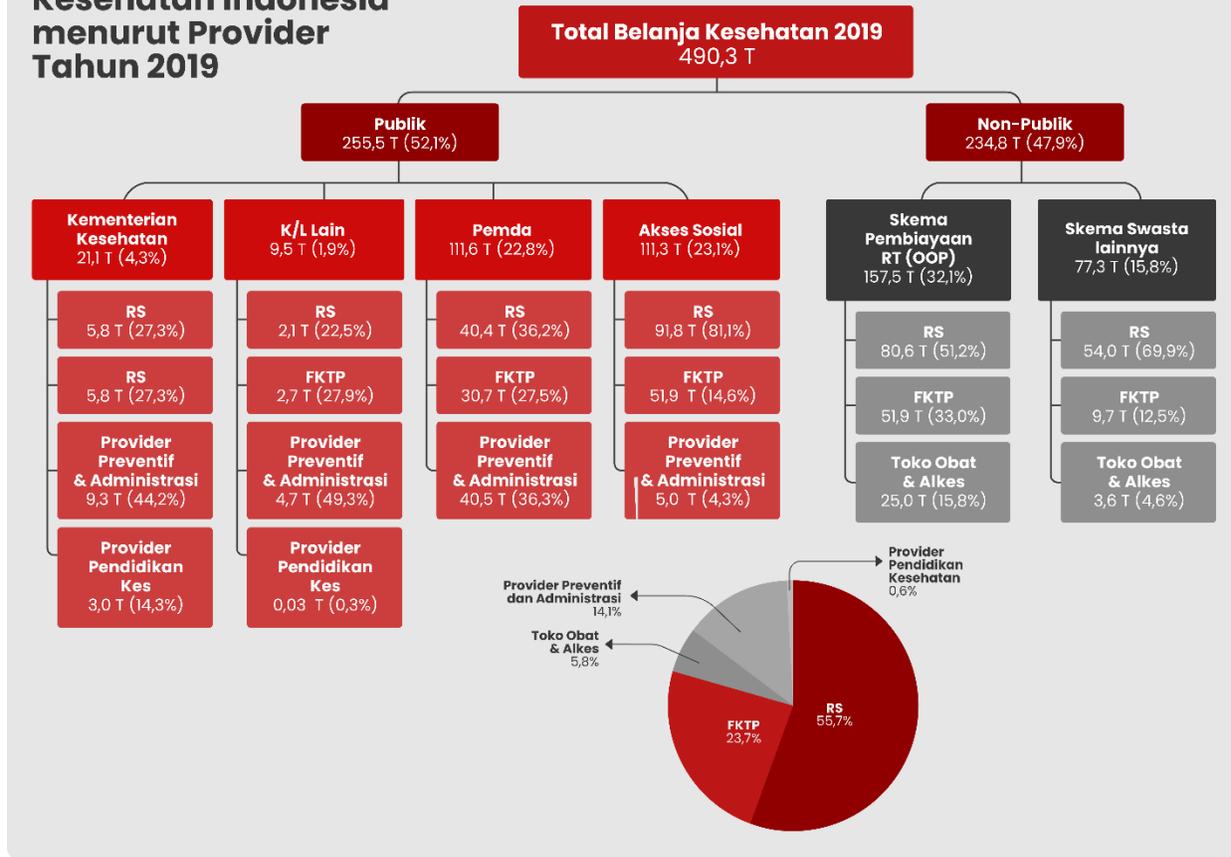
Sebagian besar anggaran kesehatan 2022 masih dialokasikan untuk penanganan pandemi Covid-19, padahal pemerintah sendiri telah mendeklarasikan transisi ke endemi. *Invisible displacement* dalam sektor kesehatan dari layanan esensial non COVID-19 ke penanganan pandemi dapat memperburuk capaian indikator kesehatan secara keseluruhan. Mengurangi dampak buruk pandemi pada pembiayaan kesehatan masyarakat amat penting. Belanja kesehatan perlu ditingkatkan untuk mempertahankan tren pertumbuhan pembiayaan publik untuk kesehatan per kapita dan mengimbangi laju target penurunan OOP.



Bagan 8. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Sumber Pembiayaan Tahun 2019

Skema anggaran kesehatan masyarakat di Kementerian Kesehatan tidak memperlihatkan prioritas pada transformasi layanan kesehatan primer (CISDI, 2022). Idealnya, anggaran yang disediakan untuk penguatan layanan kesehatan primer yang meliputi aspek sistem kesehatan adalah \$65 per kapita per tahun atau sekitar \$5 perbulan untuk menghasilkan *outcome* peningkatan usia hidup hingga 3.3 tahun pada 2030 (Steinberg et al., 2019). Jika dilihat dari *National Health Account* Indonesia tahun 2019, anggaran untuk rumah sakit mencapai 55,7%, lebih besar dari anggaran untuk FKTP sebesar 23,7% dari total belanja kesehatan.

Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019



Bagan 9. Komponen Belanja Kesehatan Indonesia menurut Provider Tahun 2019

Di tingkat sub-nasional, setidaknya secara agregat rata-rata di seluruh kabupaten belanja kesehatan mencapai 10% dari APBD. Tetapi penilaian cepat di 44 kabupaten menunjukkan porsi kesehatan dari APBD bervariasi dari 3% hingga 18%. Anggaran daerah untuk kesehatan juga masih sangat bergantung dengan dana transfer dari Pemerintah Pusat – kecuali untuk HIV, TB, malaria dan program imunisasi yang secara signifikan bergantung dari dana donor. Secara rata-rata nasional, ketergantungan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (APBD) terhadap Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) sebesar 80,1%. Sementara, kontribusi Pendapatan Asli Daerah (PAD) hanya sekitar 12,87%.

Ketergantungan fiskal terhadap pusat justru lebih parah terjadi pada pemerintah daerah kota/kabupaten. Padahal, pada level kota/kabupaten inilah titik berat otonomi daerah dan desentralisasi fiskal diletakkan. Sekitar 75% Dana Alokasi Umum (DAU) dialokasikan untuk belanja pegawai, membatasi fleksibilitas kabupaten untuk membiayai keperluan pencapaian target SPM. Walaupun pergeseran ke arah dukungan anggaran lebih besar untuk layanan kesehatan primer terlihat jelas di alokasi DAK (terutama DAK fisik), alokasinya ditentukan berdasarkan formula tertentu dan usulan Pemerintah Daerah, bukan berbasis kinerja.

Menggeser pembiayaan Puskesmas dari model *supply-side financing* yang berbasis kehendak politik ke yang berbasis kinerja dapat memberikan peluang untuk meningkatkan efisiensi dan meningkatkan akuntabilitas layanan. JKN (9,2% dari anggaran kesehatan kabupaten/kota) kurang dimanfaatkan untuk meningkatkan *outcome* kesehatan, *supply-side readiness* dan menarik keterlibatan swasta untuk menyediakan layanan kesehatan. Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) yang mekanisme pemotongannya dilonggarkan⁶ mengurangi efektivitas KBK untuk mendorong pencapaian kinerja. Kelonggaran ini juga mencerminkan kebutuhan BPJS Kesehatan saat ini yang lebih fokus pengendalian biaya dibanding kinerja sistem secara keseluruhan.

Sehingga, apabila peningkatan pendapatan dan alokasi anggaran dianggap sulit untuk dilakukan dan opsi untuk mengurangi paket manfaat dianggap tidak tepat, maka (i) pengelolaan anggaran yang terbatas secara adil dan efisien; dan (ii) pemastian bahwa pembayaran, atau pembelian, layanan kesehatan dilakukan dengan cara yang efisien secara alokatif dan teknis (Hsiao, 2007) harus dilakukan.

Dalam kedua hal ini, BPJS-Kesehatan memiliki otonomi operasional untuk bertanggung jawab untuk menyeimbangkan pendapatan dengan pengeluaran melalui fungsi utamanya sebagai pembelanja strategis (*strategic purchaser*) yang melakukan pembayaran berbasis kinerja. BPJS Kesehatan perlu bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan yang berwenang untuk mengendalikan tuas kebijakan yang lain (metode pembayaran penyedia, penetapan tarif, dan pemantauan kualitas). Sebaliknya, Kementerian Kesehatan dapat memanfaatkan kewenangan BPJS-Kesehatan sebagai pembayar (*payor*) untuk memastikan kepatuhan terhadap standar dan pedoman klinis melalui pengelolaan klaim.

Dalam ranah *strategic purchasing*, kerjasama BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan akan menentukan keputusan-keputusan terkait *what to buy* (apa yang harus dibeli), *whom to buy from* (harus membeli dari siapa) dan *how to buy* (bagaimana cara pembeliannya). Hal yang membedakan pembelian *strategic purchasing* dari *passive purchasing* (pembelajaan pasif) adalah penggunaan informasi dan *deliberateness* atau *pertimbangan yang kritis* seperti yang ditunjukkan pada Bagan 10 di bawah ini. Pengaturan-pengaturan ini menciptakan insentif keuangan bagi penyedia layanan untuk berkontribusi pada pencapaian *outcome* sistem kesehatan. Pembelian menjadi strategis atau aktif ketika pembeli dengan sengaja merancang dan menggunakan pengaturan berbasis bukti untuk memilih barang dan jasa yang akan dibeli

⁶ Pada tahun pertama pelaksanaannya, pembayaran kapitasi dapat dipotong hingga 25% jika target atau kriteria tidak terpenuhi – menawarkan dana yang signifikan kepada puskesmas insentif. Namun, pengurangan pembayaran telah dikurangi, mulai dari 2,5 hingga 10%



<p>Mengetahui kebutuhan kesehatan (<i>health needs</i>) dan layanan yang tersedia</p>	<p>Mengetahui anggaran yang tersedia dan mempertahankan keseimbangannya</p>	
<p>Gunakan bukti tentang kebutuhan kesehatan dan layanan yang tersedia, obat-obatan, dan teknologi</p>	<p>Gunakan instrumen pembelian untuk mengelola pengeluaran</p>	
<p>Putuskan layanan apa yang akan dibeli</p>	<p>Putuskan dari siapa layanan akan dibeli</p>	<p>Putuskan bagaimana cara membeli layanan</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mendefinisikan paket manfaat dan perluasannya • Memutuskan intervensi/layanan/obat mana yang akan dibeli (termasuk jenis dan jumlah) • Mendefinisikan metode penyampaian layanan dan standar kualitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Memilih penyedia layanan untuk dikontrak • Memilih pemasok obat • Kontrak dengan penyedia swasta 	<ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan persyaratan kontrak • Memilih dan merancang metode pembayaran penyedia • Memantau kinerja penyedia dan sistem (pemanfaatan layanan, efisiensi, kualitas, dan perlindungan finansial)

Bagan 10. Pengaturan menciptakan insentif keuangan

Memutuskan Layanan Apa yang Akan Dibeli

JKN memberikan peserta akses ke paket layanan kesehatan yang diperlukan secara komprehensif, termasuk Puskesmas yang komprehensif (Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Bab IV tentang Manfaat Pemeliharaan Kesehatan). Pelayanan promotif dan preventif meliputi penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, KB, dan pemeriksaan kesehatan. Paket layanan Puskesmas didefinisikan lebih lanjut oleh Kementerian Kesehatan dalam hal standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan di “fasilitas kesehatan tingkat pertama” (FKTP). Standar pelayanan minimal tersebut mencakup 144 kompetensi (pelayanan) yang harus diberikan Puskesmas menurut Permenkes No. Tahun 2014 tentang Pedoman Praktik Klinik untuk Dokter Pelayanan Primer. Namun, dari 144 kondisi yang dimaksudkan untuk diberikan di fasilitas perawatan kesehatan primer, pedoman nasional hanya tersedia untuk 51 jenis penyakit. Adanya profesi baru yaitu Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (Sp. KKLP) yang memberikan pelayanan berkualitas, lebih komprehensif serta terbukti memberikan dampak baik pada kesehatan komunitas; berpotensi memberikan sebuah strategi pembelian jasa yang menguntungkan dalam konteks *strategic purchasing*.

Memutuskan Dari Siapa Layanan Akan Dibeli

Keputusan untuk menentukan dari siapa layanan akan dibeli terkait dengan proses *empanelment*, *credentialing*, *licensing* dan *accreditation*. *Licensing* (memastikan hanya individu terlatih yang memenuhi syarat yang dapat memberi layanan) adalah sub proses kredensialing. Kredensialing (kemampuan mengidentifikasi penyedia layanan yang memenuhi syarat untuk dipertimbangkan untuk dikontrak) adalah subproses *empanelment* (proses menempatkan pasien ke penyedia layanan dalam jaringan BPJS-Kesehatan dengan kepekaan terhadap preferensi pasien dan keluarga). Akreditasi adalah proses jaminan kualitas yang biasanya ditentukan di atas rata-rata standar minimum yang ditetapkan oleh proses kredensialing.

Kredensialing memastikan semua layanan kesehatan di jaringan BPJS-Kesehatan memiliki kompetensi yang mereka klaim, tidak memiliki masalah kinerja yang signifikan, dan memiliki reputasi profesional yang baik. Karena kredensialing mengumpulkan informasi tentang lokasi penyedia, layanan yang ditawarkan, dan kinerja masa lalu, ini membantu BPJS-Kesehatan membuat keputusan strategis dalam menentukan campuran dan distribusi penyedia yang tepat untuk memenuhi permintaan penerima manfaat.

BPJS-K hanya dapat memiliki hubungan kontrak dengan penyelenggara kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi (Permenkes No. 71 Tahun 2013). Dinas Kesehatan Kabupaten bekerjasama dengan BPJS-K melakukan kredensial bagi penyelenggara Puskesmas. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99/2015 menetapkan kriteria kredensial yang harus dipertimbangkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS-K) dalam membuat kontrak dengan rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan primer (Puskesmas). Selain itu, Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 menegaskan bahwa semua fasilitas kesehatan Pemerintah harus memenuhi persyaratan standar untuk mengikuti Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dalam memilih fasilitas kesehatan yang akan dikontrak, BPJS-K tidak hanya mempertimbangkan sejauh mana fasilitas memenuhi standar regulasi, tetapi juga apakah memiliki komitmen kualitas yang akan terus dipantau. Untuk fasilitas kesehatan yang memperbaharui kontraknya dengan BPJS-K harus melalui proses kredensial secara terus menerus yang mencakup: a) sumber daya manusia; b) kelengkapan sarana dan prasarana; c) cakupan layanan; dan d) komitmen pelayanan.

Sayangnya, data-data yang dapat membantu proses *empanelment*, *credentialing*, *licensing* dan *accreditation* tersimpan dalam database yang terpisah di Kementerian Kesehatan. Dinas Kabupaten/Kota juga menyimpan sendiri status perizinan penyedia layanan publik dan swasta – yang keduanya tidak dilaporkan secara berkala ke Kementerian Kesehatan, maupun BPJS Kesehatan.



Memutuskan Bagaimana Membeli Layanan

Gaji dan *fee for service* sekarang digabungkan dengan kapitasi dan komponen berbasis kinerja untuk meningkatkan motivasi serta produktivitas yang lebih tinggi di tingkat Puskesmas. Hanya pemerintah daerah dengan kapasitas fiskal yang lebih baik yang dapat menetapkan gaji yang lebih tinggi, menerapkan struktur insentif baru untuk menghargai kinerja, dan memperkecil kesenjangan antara pegawai negeri dengan bayaran tertinggi dan terendah. Pada daerah dengan kapasitas fiskal rendah, terdapat kesempatan yang hilang untuk memotivasi peningkatan kualitas dan kinerja.

Pembayaran *fee for service* meliputi pelayanan kebidanan dan neonatal, seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan normal, dll. Bagi bidan di bawah puskesmas dengan otonomi keuangan (Badan Layanan Umum Daerah-BLUD), BPJS-K mentransfer dana ke puskesmas yang kemudian membayarkan dana kepada bidan. Untuk bidan di puskesmas non-BLUD (mayoritas), BPJS-K mentransfer dana ke dinas kesehatan kabupaten yang kemudian membayar bidan. Mekanismenya bervariasi dari satu kabupaten ke kabupaten lainnya karena berdasarkan peraturan daerah dan ada cerita anekdot bahwa bidan desa sering tidak menerima transfer ini. Untuk bidan swasta, BPJS-K mentransfer dana langsung ke rekening bidan swasta.

Kapitasi dapat didefinisikan sebagai sistem pembayaran di mana agen pembayaran membayar penyedia layanan kesehatan dengan jumlah tetap per pasien yang ditanggung untuk serangkaian manfaat yang ditentukan untuk jangka waktu tertentu – terlepas dari berapa banyak perawatan kesehatan yang sebenarnya digunakan pasien. Keuntungan teoritis kapitasi mencakup kemampuan pembayar (*purchaser*) untuk mengendalikan biaya untuk serangkaian layanan, dan insentif bagi penyedia layanan untuk menjaga kesehatan populasi yang ditanggung (melalui layanan pencegahan dan perawatan berkualitas baik) sehingga dapat meminimalkan penggunaan perawatan kesehatan kuratif yang mahal. Agar efektif, sistem pembayaran berbasis kapitasi mengharuskan pembayar memiliki sistem pemantauan kualitas yang efektif, dan penyedia bertanggung jawab atas kekurangan penyediaan layanan atau rujukan berlebih. Jika tidak ada mekanisme untuk memantau dan meminta pertanggungjawaban penyedia atas kualitas, penyedia yang menerima pembayaran kapitasi memiliki insentif untuk memotong biaya dengan mengurangi atau menurunkan kualitas layanan.

Fasilitas menerima pembayaran tetap berdasarkan jumlah penerima JKN yang terdaftar, yakni peserta penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI) yang tinggal di daerah cakupannya, dan pekerja bukan penerima upah (PBPU) yang telah memilih fasilitas tersebut sebagai penyedia layanan primer mereka. Rata-rata pembayaran kapitasi per anggota JKN per bulan adalah Rp 6.158. Puskesmas menerima rata-rata kapitasi terendah per pasien—Rp 5.447 per anggota per bulan—tetapi cenderung memiliki populasi yang besar di wilayah cakupannya (*catchment area*). Pembayaran kapitasi rata-rata per anggota terdaftar di jenis fasilitas lain berkisar antara sekitar Rp 8.000 hingga Rp 10.000. Variasi rata-rata pembayaran

kapitasi per peserta di seluruh kelompok pulau didorong oleh campuran relatif dari jenis fasilitas, dari tertinggi (Rp 6.366) di Jawa, di mana terdapat lebih banyak fasilitas swasta, hingga terendah (Rp 5.163) di Indonesia bagian timur, di mana Puskesmas mendominasi sebagian besar layanan kesehatan primer.

Angka kapitasi dinilai rendah dan hanya berdasarkan pertimbangan kesiapan sisi suplai tanpa ada kaitannya dengan kebutuhan layanan sehingga tidak disesuaikan dengan risiko yang ada (*risk-adjusted*), khususnya untuk klinik swasta. Saat ini tidak ada penyesuaian untuk usia/jenis kelamin atau indikator kebutuhan kesehatan lainnya, yang ada hanya kesiapan layanan, termasuk ukuran fasilitas, dan keberadaan jenis tenaga kesehatan tertentu (dokter gigi, perawat, bidan, dokter); rasio kontak pasien untuk layanan kesehatan tertentu; indikator akreditasi; dan jumlah jam buka. Permenkes No. 52 Tahun 2016 Pasal 5 menetapkan tarif kapitasi khusus untuk daerah terpencil, namun besaran tersebut dinilai terlalu kecil sebagai kompensasi praktik dokter di sana. Kurangnya penyesuaian yang memadai untuk mengakomodasi perbedaan biaya penyediaan perawatan primer di lokasi geografis yang berbeda telah dikemukakan oleh banyak pemangku kepentingan.

Tingkat kapitasi juga merugikan penyedia swasta, karena BPJS-K membayar tarif kapitasi yang sama kepada penyedia publik dan swasta, meskipun penyedia publik disubsidi oleh pemerintah, yang mencakup gaji petugas kesehatan dan biaya investasi. Selain itu, penyedia swasta mengeluh bahwa struktur biaya mereka juga berbeda karena tidak seperti penyedia publik, mereka tidak dapat mengakses obat-obatan dengan harga yang menguntungkan melalui sistem pengadaan pemerintah dan mereka tidak memiliki status bebas pajak.

Pembayaran kapitasi disalurkan ke FKTP berdasarkan jumlah penduduk yang memilih penyedia tersebut melalui pendaftaran BPJS. Klinik perawatan primer swasta BPJS menyimpan daftar pendaftaran di situs PCare, dan pada prinsipnya penyedia dapat mengakses daftar tersebut kapan saja, tetapi mereka tidak diberitahu ketika seseorang ditambahkan atau dihapus dari daftar fasilitas tersebut. Beberapa FKTP mengeluhkan tidak tersedianya data terkait jumlah peserta yang terdaftar di FKTP, yaitu informasi yang diperlukan untuk melakukan edukasi dan upaya promotif preventif. Beberapa pemangku kepentingan mencatat beberapa masalah dengan PCare dan mempertanyakan apakah sumber data ini dapat digunakan secara efektif sebagai alat manajemen.

Distribusi peserta terdaftar di seluruh FKTP sangat tidak seimbang sampai pada tingkat yang mengkhawatirkan. Meski target rata-rata rasio peserta JKN terdaftar per dokter di FKTP adalah 5.000:1, rasio tersebut melebihi 8.500:1 untuk Puskesmas di 7 provinsi. Sebaliknya, FKTP yang bukan Puskesmas memiliki rasio yang jauh lebih rendah, biasanya di bawah 1:2.500. Penyedia layanan swasta khususnya tampaknya berada pada posisi yang kurang menguntungkan dalam hal distribusi peserta. Beberapa ketidakseimbangan ini mungkin mencerminkan pola pendaftaran yang diwarisi dari Jamkesmas dan program lain sebelumnya dan belum diperbarui untuk mencerminkan distribusi penduduk baru di bawah JKN.



Rasio pasien terdaftar dengan dokter yang terlalu tinggi atau terlalu rendah sama-sama bermasalah untuk pembayaran kapitasi. Jika rasionya terlalu tinggi, peserta terdaftar mungkin tidak memiliki akses tepat waktu ke layanan Puskesmas yang diperlukan. Jika rasionya terlalu rendah, pendapatan kapitasi untuk fasilitas tersebut mungkin tidak cukup untuk menyediakan obat-obatan, suplai dan input lain yang diperlukan, atau bahkan untuk tetap layak secara finansial.

Puskesmas milik pemerintah menerima banyak subsidi sisi penawaran dari sumber lain, seperti dijelaskan di atas. Untuk fasilitas ini, pembayaran kapitasi berfungsi sebagai "top-up" daripada pembayaran prospektif yang dirancang untuk menutupi biaya penuh penyediaan layanan. Di sisi lain, klinik milik swasta tidak menerima subsidi lainnya dari sisi penawaran pemerintah. Sementara pembayaran kapitasi sedikit lebih tinggi untuk klinik swasta, jumlahnya secara efektif menutupi hanya sebagian kecil dari biaya layanan penuh mereka. Hal ini menjadi disinsentif bagi fasilitas swasta untuk melakukan kontrak dengan BPJS.

Pemanfaatan dana kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS-K kepada Puskesmas atau Kantor Kecamatan diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) No.46/2021. Perpres ini diterbitkan untuk memberikan pedoman yang lebih jelas tentang bagaimana kapitasi harus dikelola untuk menghindari multitafsir di tingkat daerah serta untuk mengurangi potensi SILPA (surplus anggaran) di fasilitas umum (seperti dalam pandangan Kemenkeu, SILPA adalah dana yang menganggur). Pasal 7.3 menyatakan bahwa dana yang tidak terpakai pada tahun anggaran berjalan akan digunakan oleh BPJS sebagai bahan pertimbangan untuk mengalokasikan pembayaran untuk tahun anggaran berikutnya. Tujuannya adalah untuk mendorong Puskesmas menggunakan dana tersebut. Hal ini berpotensi menimbulkan insentif sesat untuk mengucurkan dana untuk kegiatan yang sebenarnya tidak dibutuhkan atau memberatkan FKTP dengan kapasitas terbatas.

Sebaiknya Puskesmas semakin diberi keleluasaan untuk mengelola keuangannya sendiri, dan memang sejumlah fasilitas telah diubah menjadi Puskesmas BLUD, yang memungkinkan mereka untuk mengelola keuangannya sendiri. Pemerintah daerah juga telah disarankan untuk tidak terlalu mengeksploitasi Puskesmas untuk tujuan pendapatan. Menurut Perpres No. 32 meskipun Puskesmas belum dikonversi menjadi BLUD, dana kapitasi tidak lagi masuk ke kas daerah tetapi langsung ke rekening Puskesmas, tetapi masih memerlukan persetujuan untuk membelanjakan uang yang disimpan di kas daerah.

Bahkan di Puskesmas otonom, aturan yang rumit tentang alokasi pendapatan kapitasi menyebabkan penyerapan yang rendah dalam beberapa kasus. Sehingga, potensi kapitasi untuk memperbaiki kualitas dan efisiensi perawatan kesehatan terhalang oleh rendahnya pemanfaatan dana di sektor publik. Walaupun dana kapitasi langsung ditransfer ke rekening bank puskesmas, 40% dana yang seharusnya dapat dialokasikan untuk pengeluaran operasional seringkali tidak terpakai. Di tahun 2018, lebih dari Rp2,5 triliun (USD 175 juta) dana kapitasi mengendap di dalam akun rekening puskesmas. Hal ini terjadi karena 85%

puskesmas melaporkan bahwa mereka tidak mampu menghabiskan seluruh dana kapitasi yang mereka terima di tahun 2015.

Tiga alasan terbesar atas lemahnya pemanfaatan dana ini adalah ketidakjelasan regulasi yang mengatur penggunaan sumber pendanaan yang terfragmentasi, lemahnya kapasitas manajemen keuangan publik, dan pasar layanan kesehatan yang tidak responsif. Panduan dan regulasi yang tidak jelas tentang tata cara penggunaan dana dari berbagai sumber dan persyaratan laporan yang berbeda-beda antar sumber anggaran memicu beban administrasi di puskesmas, karena mereka perlu memastikan ulang dana mana yang dapat digunakan untuk aktivitas apa. Juga, FKTP cenderung membuat estimasi penerimaan dari kapitasi yang lebih rendah dalam proses perencanaan anggaran. Hal ini mengakibatkan lemahnya pemanfaatan karena puskesmas tidak mampu menghabiskan dana yang mereka miliki. Pemanfaatan dana yang kurang juga karena pasar layanan kesehatan yang tidak responsif, karena jumlah pengadaan obat-obatan dalam jumlah kecil di tingkat puskesmas tidak terlalu menarik untuk para pemasok.

Selain itu, beban administrasi memberatkan proses pelaporan pengeluaran. Ada rekening kas yang berbeda untuk setiap sumber pendanaan (misalnya JKN, anggaran Kemenkes, APBD) dengan laporan keuangan yang berbeda untuk setiap rekening. Anggota staf fasilitas kesehatan yang berbeda harus melengkapi laporan keuangan untuk setiap akun, sehingga staf klinis menghabiskan banyak waktu untuk pelaporan keuangan. Penyerapan pendapatan kapitasi di tingkat Puskesmas juga mengalami beberapa kendala, terutama 40% untuk belanja operasional karena khawatir melanggar peraturan dan membelanjakan dana secara tidak tepat.

Ada kemajuan yang baik dalam kontrak dan pembayaran penyedia untuk Puskesmas di bawah JKN, tetapi beberapa tantangan implementasi telah membatasi dampak mekanisme pembelian ini pada pemberian layanan, kualitas dan efisiensi FKTP. Tingkat rujukan tetap tinggi, dan ketidakseimbangan pengeluaran BPJS antara Puskesmas dan tingkat perawatan yang lebih tinggi tetap ada.

Distribusi peserta JKN yang tidak merata di seluruh FKTP menjadi perhatian utama, menciptakan risiko tinggi dan rendahnya rasio peserta terhadap dokter. Sistem pembayaran kapitasi saat ini menempatkan FKTP pedesaan pada posisi yang kurang menguntungkan karena tidak ada penyesuaian untuk biaya tetap yang lebih tinggi terkait dengan melayani penduduk di pedesaan dan daerah terpencil. Kerugian ini akan menjadi lebih buruk ketika pemotongan pembayaran berbasis kinerja dipraktikkan dan penyedia pedesaan lebih mungkin dihukum karena tidak memenuhi target tarif kontak.

Meskipun kemajuan telah dibuat untuk menghasilkan data tingkat Puskesmas yang lebih baik melalui PCare, pemangku kepentingan menyampaikan beberapa kekhawatiran dengan sistem tersebut. Tidak semua Puskesmas memiliki akses ke data PCare, sehingga mereka tidak dapat menggunakannya untuk mengelola kebutuhan kesehatan populasi terdaftar mereka,



dan evaluasi kinerja menjadi tidak transparan. Kekhawatiran lainnya adalah Puskesmas, FKTP swasta, dan Dinkes tidak memiliki mekanisme untuk mengidentifikasi peserta JKN yang terdaftar untuk setiap FKTP dan data PCare tidak terkait dengan data pemanfaatan rumah sakit, sehingga data tersebut memiliki nilai atau kegunaan yang terbatas untuk pembuatan kebijakan, perencanaan dan alokasi anggaran baik itu di tingkat pusat maupun di tingkat daerah. BPJS-K sedang dalam proses pengembangan *dashboard portal* untuk para pemangku kepentingan (Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten, asosiasi penyedia layanan kesehatan dan organisasi profesi) untuk memperbaiki akses mereka terhadap data yang tersedia.

Kekhawatiran yang lebih umum terkait dengan semua sistem pembayaran yang digunakan untuk membeli layanan di bawah JKN adalah bahwa mereka terfragmentasi di berbagai tingkat perawatan tanpa keterkaitan antara kapitasi untuk Puskesmas dan sistem pembayaran INA-CBGs (aplikasi yang pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin) untuk layanan sekunder dan tersier.

4.1.4. Pelibatan komunitas dan pemangku kepentingan lainnya

Sebagai penanggung jawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya dari semua sektor untuk mendefinisikan masalah kesehatan yang dihadapi beserta solusinya dengan menyusun prioritas tindakan melalui dialog kebijakan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra puskesmas dalam transformasi layanan kesehatan primer.

Sebenarnya pelibatan masyarakat terutama di daerah pedesaan diakomodasi dalam Kemenkes Nomor 564 tahun 2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, yakni suatu konsep desa yang komunitasnya siap secara sumber daya maupun kemampuan untuk mencegah dan mengatasi berbagai masalah kesehatan maupun bencana. Namun terdapat beberapa permasalahan dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada program Desa Siaga, yakni : pertama, paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan telah dirumuskan, namun belum dipahami dan di aplikasi semua pihak. Kedua, Undang-Undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan daerah (kabupaten/kota) memegang kewenangan penuh dalam bidang kesehatan, namun kewenangan tersebut belum berjalan optimal. Ketiga, revitalisasi puskesmas dan posyandu hanya diartikan dengan pemenuhan fasilitas sarana. Keempat, dinas kesehatan kabupaten/kota lebih banyak melakukan tugas-tugas administratif. Kelima, keterlibatan masyarakat bersifat semu yang lebih berkonotasi kepatuhan daripada partisipasi dan bukan pemberdayaan masyarakat (Sulaeman, et al., 2012).

Kader kesehatan di Posyandu mempunyai andil dalam perubahan perilaku masyarakat di sekitarnya untuk menerapkan hidup bersih dan sehat pada rumah tangga. Pemberdayaan masyarakat melalui kader Posyandu, dapat diperankan dalam ranah preventif dan promotif. Pada prosesnya, pelaksanaan upaya kesehatan oleh masyarakat dalam komunitas memerlukan tenaga non-kesehatan yang mempunyai disiplin ilmu sosial humaniora.

Pendekatan budaya sangat penting dalam proses mengubah perilaku dengan melibatkan lulusan sarjana sosial humaniora. Pelibatan masyarakat pada transformasi layanan kesehatan primer otomatis melibatkan masyarakat dalam berbagai upaya untuk menjaga kesehatannya. Kader kesehatan dapat menjadi kepanjangan tangan Puskesmas untuk memantau orang sakit, balita dengan masalah gizi, ibu hamil, penderita tuberkulosis (TB) dan sebagainya. Selain itu berbagai elemen, seperti *civil society organization*, dapat berperan juga dalam penguatan layanan kesehatan primer.

Proses pemberdayaan masyarakat perlu didampingi oleh fasilitator yang berperan untuk memengaruhi proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi (Mardikanto, 2010).

Penggunaan strategi komunikasi perubahan perilaku (*behavior change communication*) menerapkan pesan yang ditargetkan dan pendekatan yang disesuaikan untuk mempromosikan perilaku sehat dan mengurangi pengambilan risiko. Komunikasi perubahan perilaku, juga dikenal sebagai komunikasi perubahan sosial dan perilaku, meliputi komunikasi kesehatan, mobilisasi sosial dan masyarakat, dan pengembangan informasi, pendidikan dan strategi komunikasi (Koenker, et al., 2014).

Pendekatan budaya sangat penting dalam mengenali pengetahuan, perilaku, dan tradisi lokal yang berlaku dalam suatu komunitas/masyarakat terkait dengan aspek kesehatan, baik tentang pengenalan dan peningkatan kondisi kesehatan, serta pencegahan dan pengobatan penyakit. Pemahaman itu dapat menjadi dasar penyusunan strategi edukasi-literasi oleh para tenaga kesehatan berkolaborasi dengan tenaga non kesehatan dari disiplin sosial-humaniora melalui komunikasi secara inklusif-partisipatif. Program edukasi-literasi itu bertujuan untuk memperkaya pengetahuan dan kerangka berpikir warga komunitas/masyarakat, perubahan perilaku warga, serta pembentukan pranata budaya mendukung penyelenggaraan kesehatan primer. Dalam *Primary Health Care (PHC)*, pemberdayaan masyarakat dan pelibatan mereka di dalam upaya menjaga kesehatan diri dan warga komunitas/masyarakat merupakan aspek yang signifikan dan esensial. Program edukasi-literasi dan konseling dapat ditata mantapkan oleh fasilitator (tenaga Kesehatan dan non kesehatan) melalui pelibatan tokoh-tokoh masyarakat formal dan informal, kader-kader kesehatan yang telah ada dan yang akan dikembangkan sesuai dengan struktur sosial komunitas/masyarakat. Kader-kader kesehatan dapat menjadi kepanjangan tangan Puskesmas dan institusi lain dalam lingkup PHC untuk memantau orang sakit, balita dengan masalah gizi (*stunting*), ibu hamil, penderita penyakit menular dan tidak menular, dan sebagainya. Berbagai unsur masyarakat seperti Lembaga swadaya, filantropi,

praktisi/peneliti, dapat pula dilibatkan untuk ikut berperan dalam penguatan jasa layanan dan pembentukan pranata budaya kesehatan primer.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dipandu oleh fasilitator berkolaborasi dengan pemimpin formal/informal dan para kader Kesehatan itu ditujukan agar warga komunitas/masyarakat mampu mengambil keputusan secara mandiri dan tepat dalam pemantapan perilaku sehat, mengurangi risiko negatif bagi kesehatan diri dan komunitas/masyarakat, dan pemanfaatan jasa layanan kesehatan primer secara tepat guna. Kemampuan mengadopsi inovasi yang diperkenalkan dalam mencegah dan mengendalikan persebaran penyakit tertentu dapat pula ditumbuhkembangkan (Mardikanto, 2010).

Dalam disiplin Kesehatan masyarakat, komunikasi perubahan sosial dan perilaku (*behavior change communication*) itu meliputi strategi dan program komunikasi kesehatan, serta mobilisasi sosial dan masyarakat (Koenker, et al., 2014).

4.2. Pengungkit Operasional

4.2.1. Model-model pelayanan

Dikotomi Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)⁷ telah berlangsung lama dan menimbulkan berbagai pendapat mengenai ruang lingkup ideal bagi layanan kesehatan primer. Puskesmas dianggap terlalu condong kepada kuratif. Kapasitas yang layanan kesehatan primer yang terbatas dianggap tidak mampu menjalankan setidaknya 18 program-program nasional dari Kementerian Kesehatan di ranah promotif - preventif. Karenanya, untuk mengurangi beban kerja layanan kesehatan primer, sebagian ahli menyarankan untuk mendelegasikan ranah kuratif ke rumah sakit tipe D dan sektor swasta.

Usulan tersebut bias urban dan tidak sejalan dengan konsep kapitasi berbasis kinerja. Konsep pelayanan kesehatan primer sebagai penjaga gerbang yang meliputi empat domain utama yaitu *first contact care* (fungsi kontak pertama), *continuity care* (fungsi koordinasi layanan), *coordination care* (fungsi koordinasi layanan) dan *comprehensiveness care* (fungsi komprehensif layanan) (Starfield, 1994 dalam Wulandari & Achadi, 2017) dibutuhkan oleh masyarakat, terutama bagi mereka yang tinggal di wilayah akses Puskesmas adalah satu-satunya layanan kesehatan yang ada dan terdekat. Eksklusi aspek promotif dan preventif dalam hubungan teraupetik (UKP) juga tidak tepat, karena seorang dokter dalam usahanya merawat pasien dapat melakukan tiga tingkat pencegahan: (1) pencegahan primer untuk

⁷ Berdasarkan PMK Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas disebutkan definisi UKM adalah Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sedangkan, UKP adalah Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan.

menghindari faktor risiko (misalnya imunisasi); (2) pencegahan sekunder atau deteksi dini penyakit (misalnya, pemeriksaan pap smear); (3) pencegahan tersier untuk mengurangi komplikasi.

Pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu untuk mengatasi sebagian besar dari berbagai macam masalah kesehatan di masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang lebih efisien daripada mengandalkan layanan terpisah untuk masalah kesehatan tertentu, karena layanan kesehatan yang terpadu mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang populasi di wilayah kerjanya dan bisa membangun kepercayaan yang lebih besar dalam tatanan masyarakatnya. Layanan kesehatan yang menawarkan jangkauan layanan yang lebih luas dapat meningkatkan serapan dan cakupan layanan dari program, contohnya program-program pencegahan seperti skrining kanker dan vaksinasi. Layanan kesehatan tersebut dapat mencegah terjadinya komplikasi masalah kesehatan dan meningkatkan dampak kesehatan yang lebih baik (WHO, 2008a).

4.2.2. Tenaga kerja layanan kesehatan primer

Secara keseluruhan, ada korelasi positif yang kuat antara ketersediaan tenaga kesehatan dan cakupan pelayanan kesehatan. Di negara mana pun, tenaga kesehatan yang berkinerja baik adalah tenaga kerja yang tersedia, kompeten, responsif, dan produktif. Untuk mencapai hal ini, diperlukan tindakan untuk mengelola dinamika keluar masuknya tenaga kesehatan ke pasar kerja, distribusi antar fasilitas kesehatan dan wilayah serta kinerjanya (WHO, 2008b).

Dinamika pasar kerja tenaga kesehatan dipengaruhi oleh pembagian kerja antara Pusat dan Daerah. Kebijakan pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan hendaknya berbasis kebutuhan kesehatan bagi populasi tertentu. Misalnya, daerah dengan tingkat penularan penyakit endemis yang tinggi, memerlukan komposisi tim tenaga kesehatan yang lebih dari dokter-bidan-perawat, seperti epidemiolog, analis laboratorium dan sanitarian.

Meskipun secara jumlah di atas kertas telah memenuhi standar minimum WHO, ketersediaan sumber daya manusia untuk kesehatan yang berkualitas tetap menjadi penghambat terbesar. Dari sisi produksi, lembaga pendidikan kesehatan dengan akreditasi rendah berkontribusi pada rendahnya kualitas lulusan. Mereka kekurangan pelatihan *in-service* untuk meningkatkan kapasitas SDM. Dari 34 provinsi, Papua memiliki proporsi tertinggi layanan kesehatan tanpa tenaga kesehatan terlatih (Balitbangkes, 2017).

Isu kunci lainnya di antaranya adalah distribusi tidak merata. Berlawanan dengan anggapan umum, insentif finansial tidak menjadi satu-satunya penarik minat untuk bekerja di wilayah terpencil: manajemen dan kelengkapan fasilitas kesehatan serta pengembangan profesional juga dianggap penting. Program Nusantara Sehat dan Program Penugasan Khusus Individu tampaknya menjadi solusi utama Kementerian Kesehatan untuk mengatasi maldistribusi SDM Kesehatan.



Investasi sumber daya manusia, khususnya tenaga kesehatan diperlukan untuk dokter menempuh pendidikan tambahan yang spesifik di layanan kesehatan primer. Untuk mengatasi ketimpangan kualitas dokter di layanan kesehatan primer, percepatan penyelenggaraan spesialis kedokteran keluarga layanan primer didukung oleh Permendikbud Nomor 1 Tahun 2020 tentang Dokter Layanan Primer. Kemendikbud Ristek juga sedang menyusun pembaruan tentang standar kompetensi dokter Indonesia, program *internship* dan uji kompetensi bagi mahasiswa pendidikan profesi dokter.

Inovasi lainnya berupa pembentukan *academic health system* atau *sistem akademik kesehatan* yang merupakan kolaborasi terintegrasi antara sistem kesehatan dan sistem pendidikan. Dalam kerangka ini telah terbentuk Komite Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kebudayaan Pendidikan dan Riset. Hal ini dimulai dengan integrasi fungsional antara Rumah Sakit Pendidikan dengan Fakultas Kedokteran di lima Perguruan Tinggi dan Rumah Sakit Pendidikan Utama. Kemudian diperluas menjadi suatu sistem mencakup Fakultas lain seperti Fakultas Kedokteran Gigi, Keperawatan Farmasi, Kesehatan Masyarakat; sementara di bidang pelayanan diperluas ke Rumah Sakit di tingkat rujukan lebih rendah sampai layanan primer seperti puskesmas. Pada bentuknya yang ideal, Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di suatu wilayah ikut bergabung dalam sistem ini. Dengan cara ini terjadi sinergi antara fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian yang akan berujung pada peningkatan kualitas layanan, kesesuaian produksi tenaga kesehatan dengan kebutuhan serta distribusi tenaga kesehatan. Fakultas-fakultas kedokteran juga harus memulai untuk tidak hanya membangun rumah sakit pendidikan saja tetapi juga klinik pratama pendidikan.

Peran komunitas sosial itu menuntut adanya pendekatan lintas disiplin, tidak bisa hanya kesehatan saja, kedokteran atau keperawatan dan sebagainya tetapi pendekatan sosial humaniora penting juga karena mengedukasi dan meningkatkan literasi kesehatan di masyarakat itu memerlukan skill tersendiri. Transformasi layanan kesehatan primer tidak lepas juga dari transformasi sumber daya manusia yang bekerja di layanan kesehatan primer tersebut. Peningkatan kapasitas dan kompetensi disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Restrukturisasi mulai dari tingkatan di Kementerian Kesehatan hingga ke Puskesmas harus disesuaikan kembali dan menyambung satu sama lain. Institusi pendidikan mendukung dengan menyelenggarakan pendidikan paska sarjana bagi tenaga kesehatan yang bekerja di layanan primer. Selain dokter, pengembangan tenaga kesehatan juga dilakukan untuk tenaga promkes dan perawat komunitasnya. Kurikulum pada pendidikan kedokteran dan nakes lainnya pun harus berorientasi pada penyelesaian masalah di lapangan.

Dari sisi kompetensi SDM untuk manajemen layanan kesehatan primer, Kepala Puskesmas memiliki peran yang cukup besar dalam menentukan arah dan pergerakan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Kepemimpinan yang baik dari Kepala Puskesmas memungkinkan kerja tim, mendorong partisipasi, dan mengembangkan kemampuan untuk bekerja secara profesional. Penguatan perlu dilakukan melalui pelatihan manajemen Puskesmas dan pelatihan kepemimpinan bagi kepala Puskesmas. Selain itu, selama tahun

2015–2016, hanya 30,1% dari layanan kesehatan dan staf pendukungnya yang mendapatkan pelatihan dan manajemen layanan kesehatan.

4.2.3. Infrastruktur fisik

Kepadatan dan sebaran fasilitas Puskesmas⁸ mengacu pada lokasi fisik fasilitas dan penyebarannya relatif terhadap populasi. Jumlah dan jenis fasilitas yang dibutuhkan di suatu negara atau wilayah tergantung pada kebutuhan populasi dan jenis layanan atau *model of care*. Rasio Puskesmas berbanding kecamatan secara Nasional adalah 1,39 (Kemenkes, 2019). Pertumbuhan Puskesmas dalam lima tahun terakhir hanya 4,5%, dari 9.767 Puskesmas di 2016 menjadi 10.203 di 2020 berbeda jauh dengan rumah sakit yang tumbuh hingga 19.7% dari 2.045 menjadi 2.449 dalam jangka waktu yang sama (Kemenkes, 2021a).

Berdasarkan hasil laporan Rifaskes Tahun 2019, dari sejumlah sampel Puskesmas menurut provinsi yang dilakukan survei yaitu 99,2% dari 9.909 atau sekitar 9.831 Puskesmas diketahui ada pelayanannya, 0,16% (16 Puskesmas) tidak ada layanan, 0,29% (29 Puskesmas) berubah fungsi dan 0,09% (9 Puskesmas) tidak ditemukan bangunannya. Berkaitan dengan proporsi lama ketersediaan listrik dari total sampel Puskesmas menurut provinsi dengan listrik (yaitu 9.627), didapatkan hasil Puskesmas yang mempunyai akses listrik 24 jam sebesar 90.5% (8.716 Puskesmas), > 12 jam tetapi < 24 jam sebesar 3,5% (333 Puskesmas), 6–12 jam sebesar 4,4% (427 Puskesmas), dan < 6 jam sebesar 1,6% (151 Puskesmas). Kemudian yang tidak kalah pentingnya juga pada infrastruktur di layanan kesehatan primer adalah sumber air bersih, Rifaskes Tahun 2019 mencatat dari 9.831 Puskesmas menurut provinsi yang di survei, 3.556 Puskesmas menggunakan PAM, 3.306 sumur bor, 1.741 sumur gali, 643 mata air, 268 penampungan air hujan, 159 air permukaan, sementara 158 sisanya menggunakan sumber air bersih lainnya.

Pada bagian ruangan di Puskesmas juga dilakukan survei yang bertujuan untuk bertujuan untuk mengetahui ketersediaan, kondisi dan fungsi ruangan beserta fasilitas dan sarana prasarannya. Adapun rincian ruangan di 9.831 Puskesmas di seluruh provinsi yang disurvei beserta kondisinya adalah sebagai berikut :

⁸ FKTP termasuk Puskesmas, Dokter Praktik Mandiri, Klinik Pratama dan Rumah Sakit Tipe D. Keterbatasan data mengenai FKTP selain Puskesmas, membuat data yang tersaji hanya mengenai Puskesmas.



Tabel 4. Kondisi Ruangan di Puskesmas

No.	Ruangan	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
1.	Ruang administrasi kantor	9.515	94,3	5,3	0,4
2.	Ruang kepala Puskesmas	9.635	95,8	3,8	0,3
3.	Ruangan rapat	8.468	94,7	4,9	0,4
4.	Ruang pendaftaran dan rekam medis	9.689	92,7	6,7	0,6
5.	Ruangan tunggu	9.539	94,7	4,9	0,3
6.	Ruangan pemeriksaan umum	9.748	95,2	4,4	0,4
7.	Ruangan tindakan	8.484	94,2	5,3	0,5
8.	Ruangan imunisasi, KB dan KIA	9.746	94,8	4,8	0,4
9.	Ruangan kesehatan gigi dan mulut	8.629	96,2	3,5	0,3
10.	Ruangan ASI	5.997	90,4	8,4	1,1
11.	Ruangan promosi kesehatan	7.808	94,4	5,1	0,4
12.	Ruangan farmasi	9.713	93,4	6,1	0,5
13.	Ruangan persalinan	7.258	94,4	5,1	0,5
14.	Ruangan rawat pasca persalinan	6.298	94,4	5,1	0,5
15.	Laboratorium	9.081	91,7	7,4	0,9
16.	Ruangan sterilisasi	5.614	89,2	9,7	1,1
17.	Ruangan penyelenggaraan makanan	3.955	89,8	9,3	0,9
18.	Ruangan gawat darurat/UGD	7.492	94,0	5,5	0,5

No.	Ruangan	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
19.	Gudang umum	7.531	77,3	19,4	3,3
20.	Rumah dinas	7.279	77,6	17,0	5,4
21.	Garasi	6.023	86,5	11,7	1,8
22.	Ruangan khusus untuk pemeriksaan Pasien TB	6.007	90,9	8,0	1,0
23.	Ruangan khusus untuk pemeriksaan Pasien TB MDR	3.352	91,7	7,2	1,1
24.	Ruangan pemeriksaan khusus untuk pasien infeksi	1.564	92,5	6,4	1,1

Sumber: Rifaskes, 2019

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu sarana penunjang dalam pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan diperlukan untuk memeriksa, menganalisis, menguraikan, dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan tertentu. Jumlah laboratorium kesehatan berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 terbanyak dimiliki oleh swasta, yaitu sebanyak 1.056 laboratorium. Pada tahun 2020 angka tersebut meningkat menjadi 1.275 laboratorium dan 174 diantaranya sudah terakreditasi.

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020 mencatat kepemilik laboratorium kesehatan terbanyak kedua adalah pemerintah kabupaten/kota, yakni sebanyak 228 laboratorium; jumlah tersebut merupakan peningkatan dari jumlah tahun sebelumnya yaitu 206. Pemilik laboratorium kesehatan terbanyak ketiga adalah pemerintah provinsi, yakni sebanyak 27 di 2019, yang pada tahun 2020 bertambah menjadi 28 laboratorium. Laboratorium kesehatan paling sedikit dimiliki oleh Kementerian Kesehatan, yaitu 4 Balai Besar Laboratorium Kesehatan yang menjadi pengampu laboratorium kesehatan yang tersebar di Indonesia. (Kemenkes RI, 2020; Kemenkes, 2021a).

Peningkatan atau penambahan laboratorium-laboratorium kesehatan tersebut menjadi penanda respon pemerintah pada penanganan pandemi COVID-19 yang terjadi 2 tahun terakhir ini.



Adapun kondisi ruangan dari 4.090 Puskesmas rawat inap di seluruh provinsi hasil Rifaskes Tahun 2019 adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Kondisi Ruangan di Puskesmas Rawat Inap

No.	Ruangan	Jumlah Puskesmas yang memiliki	Kondisi (%)		
			Cukup baik	Kurang baik	Tidak baik
1.	Ruang rawat inap	4.034	91,6	8,0	0,4
2.	Ruang rawat inap pasien penyakit infeksi	1.286	90,5	8,5	1,0
3.	Ruang jaga petugas	3.733	92,0	7,5	0,4
4.	Kamar mandi/WC pasien	3.972	85,6	12,8	1,6
5.	Laboratorium	2.553	93,1	6,1	0,8
6.	Ruang cuci linen	1.743	85,3	12,9	1,8

Sumber: Rifaskes, 2019

Persentase kondisi tempat tidur dari 4.094 Puskesmas rawat inap, sebesar 64,7% dalam kondisi seluruhnya baik, 30,5% sebagian besar baik, 4,3% sebagian besar buruk, dan 0,4% seluruhnya buruk. Secara keseluruhan, Rifaskes Tahun 2019 juga mengumpulkan data proporsi terkait kondisi bangunan khusus Puskesmas rawat inap berdasarkan beberapa kategori adalah sebagai berikut :

Tabel 6. Kondisi Bangunan Puskesmas Rawat Inap Berdasarkan Kategori

Karakteristik	Puskesmas Rawat Inap N	Kondisi Bangunan (%)			
		Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
Kategori Puskesmas Sesuai SK Penetapan					
Tanpa SK	403	82,1	12,7	3,5	1,8
Perkotaan	733	88,0	9,0	2,7	0,3
Perdesaan	2.007	85,2	11,2	2,8	0,8
Terpencil	959	71,9	19,4	7,2	1,5
Status Akreditasi PKM					
Tidak Terakreditasi	589	67,9	19,5	9,5	3,1
Dasar	1.148	81,4	13,8	3,9	0,9
Madya	1.944	84,9	12,0	2,5	0,6
Utama	398	92,2	4,8	2,8	0,3
Paripurna	23	95,7	4,3	0,0	0,0
Status Pola Pengelolaan Keuangan Puskesmas					
BLUD	1.278	86,2	10,1	2,9	0,9
Non BLUD	2.824	80,5	14,1	4,4	1,0

Sumber: Rifaskes, 2019

4.2.4. Obat dan produk kesehatan lainnya

Dalam konteks desentralisasi, penyediaan dan pengelolaan anggaran untuk obat-obatan dan peralatan kesehatan esensial di sektor publik ditanggung oleh pemerintah daerah. Namun demikian, pemerintah pusat tetap berwenang untuk menjamin kecukupan pasokan obat dan stok penyangga (*buffer stock*) serta menjamin keamanan, khasiat, dan mutu obat.

Obat-obatan, vaksin, dan peralatan medis tetap menjadi tantangan utama. Formulir Rencana Kebutuhan Obat (RKO) belum dikembangkan secara optimal. Kekurangan atau kekosongan obat/alat kesehatan di layanan kesehatan milik pemerintah disebabkan keterbatasan Puskesmas dan Dinas Kesehatan menyusun Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan mengaplikasikan *e-catalog*. Sebagian besar perencanaan masih menggunakan RKO yang hanya didasarkan pada konsumsi/penggunaan sebelumnya dan sulit mengantisipasi kebutuhan dinamis terkait dengan perubahan pola penyakit atau peningkatan cakupan program.



Pemesanan obat yang dilakukan oleh fasilitas layanan kesehatan juga sering tidak dipenuhi. Hambatan dari perspektif pemasok (*supplier*) adalah tenggang waktu yang lama antara pemesanan dan pengiriman – dalam beberapa kasus bahkan lebih dari enam bulan, tunggakan pembayaran pembelian yang belum dipenuhi, ongkos kirim mahal, persyaratan minimal order yang tidak dipenuhi, dan obat tidak masuk dalam *e-catalog* (saat ini sekitar 8% obat formularium nasional belum masuk ke dalam *e-catalog*) (Bappenas, 2019).

Selain itu, meskipun tingkat ketersediaan telah mencapai 96,82%, obat dan vaksin belum terdistribusi merata antar-provinsi yang mencerminkan buruknya manajemen logistik obat dan vaksin. Hanya 35,15% Puskesmas dan 41,72% Instalasi Farmasi RS yang memiliki pelayanan kefarmasian sesuai standar. Ada kesenjangan yang mencolok dalam ketersediaan obat dan vaksin antara fasilitas kesehatan publik dan swasta.

Penggunaan obat generik naik, tetapi penggunaan obat rasional di fasilitas pelayanan kesehatan baru mencapai 61,9%. Hal ini terutama disebabkan oleh masih rendahnya penerapan formularium dan pedoman penggunaan obat secara rasional, yang sayangnya tidak dapat diawasi dengan sistem pelaporan saat ini.

Di lain pihak, penduduk yang mengetahui tentang seluk-beluk dan manfaat obat generik masih sangat sedikit, yakni 17,4% di pedesaan dan 46,1% di perkotaan. Sebanyak 35% rumah tangga dilaporkan menyimpan obat termasuk antibiotik tanpa adanya resep dokter menjadi bukti rendahnya pengetahuan masyarakat tentang obat (Kemenkes, 2019).

4.2.5. Keterlibatan dengan penyedia sektor swasta

Penyedia layanan non-pemerintah memainkan peran penting dalam pemberian layanan kesehatan di Indonesia. Pertama, seperti di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah, sektor swasta seringkali menjadi pilihan penyedia layanan yang lebih disukai – bahkan di antara orang miskin – karena dianggap memiliki mutu dan ketersediaan obat yang lebih tinggi. Hampir dua pertiga dari pemanfaatan rawat jalan dan dua perlima pemanfaatan rawat inap dari layanan perawatan kesehatan terjadi di sektor swasta di Indonesia. Kedua, organisasi masyarakat sipil (OMS) – termasuk organisasi non-pemerintah dan nirlaba – merupakan bagian integral dari respon nasional Indonesia terhadap *human immunodeficiency virus* (HIV), tuberkulosis (TB), dan malaria.

Berdasarkan data dari BI dan LPP sampai dengan Juli 2021, sebanyak 14% peserta JKN atau sekitar 26,7 juta jiwa dari 194 juta jiwa peserta aktif BPJS) terdaftar di klinik swasta. Sebanyak 24% FKTP Kerjasama adalah klinik swasta dan 22% total kapitasi (sekitar Rp 1,8 Triliun dari Rp 8.2 triliun) dibayarkan ke klinik swasta. Sebanyak 82,3% dari 26,7 juta jiwa tersebut menyatakan puas atas layanan yang diterima dari klinik swasta. Ini mengapa integrasi antara puskesmas dengan klinik swasta menjadi penting, selain agar 100% masyarakat bisa menerima layanan kesehatan berkualitas; diperlukan juga keterbukaan kemitraan serta dukungan untuk klinik-klinik swasta agar dapat optimal dalam memberikan layanannya.

Sementara itu, sebagian besar program kesehatan yang dilaksanakan oleh organisasi masyarakat sipil bergantung pada sumber daya yang disediakan oleh mitra pembangunan. Indonesia masih dapat mengakses dukungan dana *Global Fund* untuk mengatasi beban penyakit AIDS, TB dan Malaria setidaknya sampai tahun 2022. Meskipun pembiayaan eksternal mewakili sebagian kecil dari keseluruhan pengeluaran kesehatan, ia menyumbang bagian yang signifikan (40-50%) dari sumber daya untuk HIV, TB, dan malaria – artinya kemungkinan akan ada kesenjangan yang signifikan dalam pemberian layanan jika kegiatan yang didukung oleh donor tidak diambil alih oleh pemerintah (Magnani, et al., 2018).

Harus diingat bahwa pelayanan kesehatan di tingkat primer juga diberikan oleh dokter praktik mandiri. Tidak ada dukungan dari pemerintah maupun lembaga pembangunan/donor untuk memastikan mereka memberikan layanan berkualitas. Padahal, kalau saja ada dukungan yang memadai untuk kelompok ini, bukan hanya layanan berkualitas yang dipastikan tetapi juga memastikan para dokter praktik mandiri ini ikut serta dalam program strategis nasional.

Terdapat dua mekanisme utama yang tersedia dalam APBN untuk menyalurkan dana publik langsung ke organisasi masyarakat sipil. Jalur-jalur tersebut adalah: (1) melalui mekanisme pengadaan (belanja pengadaan barang dan jasa; (2) melalui dana bantuan pemerintah atau dana hibah; dan (3) mekanisme kerjasama. Meskipun ada mekanisme untuk mengakomodasi hampir setiap jenis kegiatan organisasi masyarakat sipil, ada beberapa tantangan untuk penggunaannya yang lebih luas. Hambatan umum yang dikutip oleh pemangku kepentingan dapat dikelompokkan di sekitar tiga tema utama: (1) kurangnya informasi; (2) kapasitas terbatas; dan (3) krisis kepercayaan.

Untuk memfasilitasi kerjasama antara Pemerintah Indonesia dan penyedia layanan non-publik, diperlukan lingkungan yang mendukung. Ini harus mencakup (1) mengatasi kesenjangan informasi antara pemegang anggaran Pemerintah dan OMS tentang semua peluang yang tersedia; (2) memperkuat proses anggaran dan perencanaan saat ini termasuk dukungan peningkatan kapasitas bagi penyandang dan penerima dana untuk mempersiapkan, menyerahkan, meninjau dan menilai proposal; dan (3) meningkatkan transparansi dan akuntabilitas kinerja sektor kesehatan.

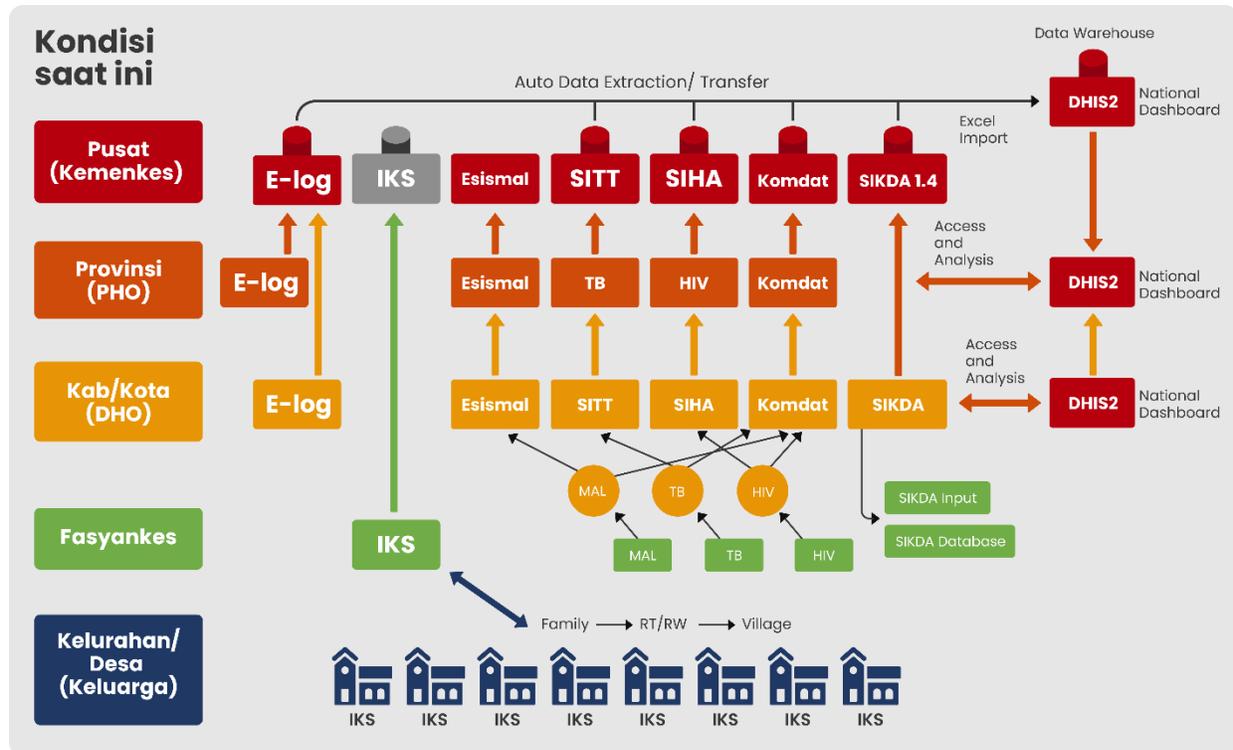
4.2.6. Teknologi digital untuk kesehatan

Teknologi digital untuk kesehatan adalah salah satu prasyarat atau kondisi pemungkin terjadinya transformasi layanan kesehatan primer komprehensif.

Data terkait sektor kesehatan di Indonesia sangat banyak; informasi datang dari 2.823 rumah sakit, 10.062 puskesmas, 85.000 klinik, dan 21.852 apotek; skema asuransi kesehatan nasional (Jaminan Kesehatan Nasional, JKN) sendiri menghasilkan lebih dari 5 juta data transaksi per hari (World Bank, 2021). Di hulu, pengelolaan informasi kesehatan di Indonesia ditandai dengan fragmentasi yang tinggi (tenaga Kesehatan harus mengisi informasi yang sama secara



berulang, lihat Bagan 11), kepatuhan pelaporan data yang buruk, manual input dengan penggunaan formulir dan indikator yang tidak seragam, ketidakpatuhan verifikasi data, serta lemahnya prosedur penyimpanan dan serah terima data.



Bagan 11. Fragmentasi pada sistem informasi kesehatan di Indonesia

Data klaim BPJS Kesehatan, yang terstandarisasi, terstruktur, dan tersedia dengan baik, sebetulnya bisa menjadi *backbone* analitik data kesehatan. Sayangnya, sistem ini tidak terhubung ke sumber-sumber data lain, bahkan ke sistem milik Kementerian Kesehatan seperti SIAF (database akreditasi) dan lainnya (yang termuat di Bagan 11). Data kepesertaan milik BPJS-Kesehatan juga tidak terhubung ke *database targeting* yang dimiliki oleh Kementerian Sosial (DTKS) dan Kementerian Keuangan (database pajak).

Akibatnya, di hilir, para analis data di Kementerian Kesehatan dan BPJS-Kesehatan kesulitan mengeksplorasi kontinum data analitik Kesehatan mulai dari analisis deskriptif, apalagi analisis prediktif dan preskriptif. Dengan demikian Kementerian Kesehatan tidak mampu menyarikan data tersebut untuk membantu para pengambil keputusan menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait kebijakan.

Salah satu usaha untuk mengatasi hal ini adalah dengan pendirian *Data Transformation Office (DTO)* Kementerian Kesehatan. DTO memiliki tiga misi, yakni untuk membenahi sistem rekam medis elektronik, menyederhanakan aplikasi layanan kesehatan, dan memberi dukungan kebijakan untuk membangun ekosistem agar inovasi dapat menjadi *game changer* bagi manajemen data kesehatan di Indonesia. Namun, fokus harus diberikan tidak

hanya dari sisi pengelolaan *big data* (baik dari sisi volume, kecepatan, variasi data, maupun interoperabilitas antar sistem), melainkan juga bagaimana agar data dapat disarikan menjadi pengetahuan dan temuan yang baru.

Katalis penggunaan data secara efektif adalah kemampuan para *data architect/engineer* untuk tidak hanya mengutak-atik *hardware, software* dan urusan terkait konektivitas, tetapi kemampuan mereka dalam memahami alur kerja layanan kesehatan dalam penyediaan layanan di garda depan. Formulir untuk data yang masuk dan aplikasi harus dirancang bersama dengan orang-orang yang akan memproduksi data, yakni tenaga kesehatan di garda depan, untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan sudah “benar” dan proses pengumpulan datanya dibuat semudah mungkin. Jadi, keperluan untuk pengumpulan data harusnya dicocokkan dengan alur kerja tenaga kesehatan sehari-hari, atau lebih baik lagi kalau dapat membantu memfasilitasi pekerjaan mereka. Jika pengisian data menjadi tuntutan yang memberatkan, tingkat kepatuhan pelaporan akan rendah dan akhirnya informasi tidak berhasil dikumpulkan.

Berinvestasi pada sistem digital di akar rumput yang memungkinkan digitalisasi langkah-prosedur operasional (contohnya pendaftaran pasien, penjadwalan kunjungan/tindakan, rekam medis, pesanan resep dan pemeriksaan laboratorium, tagihan dan klaim) adalah cara terbaik untuk meningkatkan kualitas data. Selain itu, terbangunnya sistem digital pada tingkat akar rumput membuka kemungkinan bagi kader kesehatan yang bekerja di komunitas untuk memanfaatkannya sebagai instrumen untuk meningkatkan kinerja. Merancang antarmuka (*interface*) yang ramah pengguna (*user-friendly*) yang dapat memfasilitasi operasi keseharian dari tenaga kesehatan di garda depan akan memastikan bahwa data dikumpulkan dengan lengkap dan tepat waktu. Cara lain untuk meningkatkan validitas data adalah dengan memperjelas definisi dan jangkauan/rentang data. Digitalisasi sangat penting agar Indonesia dapat mencapai tujuannya dalam perbaikan integrasi data dan penerapan analitik data kesehatan yang canggih Contohnya, arsip medis elektronik atau *electronic medical records* (EMRs) akan secara dramatis menaikkan kemampuan BPJS-K untuk memverifikasi klaim, memastikan kepatuhan dengan pedoman diagnostik dan pengobatan, dan mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi. EMRs juga dapat memungkinkan penggunaan algoritma pembelajaran mesin (*machine learning*) untuk merekomendasikan pilihan pengobatan berdasarkan sejarah pasien dan profil risiko mereka. Namun, Indonesia mungkin masih perlu berinvestasi dahulu di bidang literasi data dan memperbaiki keterampilan dan kapasitas pengguna. Perekrutan dan pelatihan atas ilmuwan data (*data scientist*) untuk menganalisis data kesehatan, khususnya untuk analisis aktuarial dan klaim, dapat dibantu melalui kurikulum khusus atau sertifikasi kursus.

Analisis/ilmuwan data (*data scientist/analyst*) yang mempunyai pengetahuan tentang sektor kesehatan juga harus bekerja dengan para pembuat kebijakan untuk menganalisis data dan menjawab pertanyaan-pertanyaan kebijakan yang penting bagi para pembuat kebijakan. Tentukan data apa yang diperlukan, oleh siapa, dan ditujukan untuk menjawab pertanyaan kebijakan apa. Tinjau ulang sumber data yang sudah ada untuk mengidentifikasi apakah data



yang dibutuhkan sudah dikumpulkan, oleh siapa, seberapa sering, dan dalam format apa. Pemetaan tupoksi harian masing-masing pemangku kepentingan akan membantu proses identifikasi ini. Pemetaan tersebut akan memfasilitasi penentuan prioritas pengumpulan data esensial berdasarkan kebutuhan operasional.

4.2.7. Sistem untuk memperbaiki kualitas layanan

Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan primer dimulai dengan berlakunya peraturan Kementerian Kesehatan No. 46 Tahun 2015, dan pembentukan Komisi Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar (KAFKTP). Sementara kapasitas KAFKTP saat ini terbatas, visinya adalah untuk memperluas kapasitasnya, mencapai kemandirian (meskipun saat ini masih menjadi bagian dari Kementerian Kesehatan), mencakup sektor publik dan swasta, dan akhirnya mendapatkan akreditasi dari *International Society for Quality in Health Care*. Ada empat tingkat akreditasi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dasar – dasar, madya, utama, dan paripurna – berdasarkan skor yang dicapai di sembilan bidang standar.

Fasilitas harus diakreditasi ulang setiap tiga tahun dan akreditasi akan menjadi prasyarat untuk *empanelment* oleh BPJS-K mulai tahun 2021. Sementara fasilitas umum memiliki akses dana (DAK akreditasi, APBD) untuk menutupi biaya akreditasi, fasilitas swasta diwajibkan untuk menanggung semua biaya (misalnya, fasilitator, penilaian) sendiri.

Dari sisi pembiayaan, Indonesia menggunakan sistem pembayaran kapitasi untuk semua FKTP yang sudah diakreditasi dan menjadi bagian dari sistem BPJS-Kesehatan. Karena besaran kapitasi sudah ditentukan di awal, sistem pembayaran ini mengurangi perawatan yang tidak perlu dan memberikan insentif lebih kepada penyedia layanan untuk berfokus kepada promosi kesehatan, pencegahan, dan deteksi dini dengan tujuan menjaga agar pasien tetap sehat. Kapitasi juga memfasilitasi transparansi, memastikan adanya pemerataan alokasi pelayanan kesehatan, dan mendorong penyedia layanan untuk memilih alternatif perawatan yang lebih efisien, khususnya bagi fasilitas yang memiliki otonomi penggunaan dana.

Indonesia mempergunakan tarif kapitasi berbasis input (publik atau privat, jumlah dari staf medis, dan apakah fasilitas berlokasi di area rural), alih-alih prediksi kebutuhan layanan kesehatan para peserta JKN dan biaya rata-rata untuk menyediakan layanan di 144 pusat layanan primer (Puskesmas) yang ada di bawah kontrak kapitasi. Klinik swasta dibayar 40% lebih tinggi karena tidak menerima pendanaan dari anggaran pemerintah.

Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan dan BPJS-K sepakat untuk menambahkan unsur berbasis kinerja pada pembayaran kapitasi, yaitu Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK). Menggabungkan pembayaran kapitasi dengan indikator kinerja, diharapkan dalam memperkuat sistem penjaminan akuntabilitas (*check and balance*) otonomi penggunaan dana. KBK dilandaskan pada pencapaian target absolut yang menggabungkan indikator hasil (*outcome*) dan luaran (*output*). Sejak tahun 2020, besaran dana kapitasi di FKTP ditetapkan

berdasarkan pada kinerja, yang dilaporkan sendiri melalui Pcare, dalam tiga indikator: i) angka kontak per 1000 penduduk (targetnya 150), ii) rasio rujukan untuk layanan non-spesialistik (targetnya 2%), dan iii) jumlah kasus diabetes dan hipertensi terkontrol (target 5%) (Tabel 7). Pencapaian rasio rujukan dan angka kontak memiliki bobot yang lebih tinggi (50-40%) dalam skor KBK dibanding dengan indikator hipertensi dan diabetes terkontrol (10%).

Tabel 7. Gambaran Rancangan KBK Secara Umum

No.	Indikator	Rating			
		4	3	2	1
1.	Angka kontak /1000 penduduk	≥150	>145 - <150	>140 - 145	≤140
2.	Rasio rujukan kasus non-spesialistik	≤2%	>2 - 2,5 %	>2,5 - 3%	>3 %
3.	Rasio peserta Prolanis terkontrol (kasus hipertensi dan diabetes)	≥5%	4 - <5%	3 - <4%	<3 %
Kapitasi yang diterima berdasarkan rating KBK					
Skor fasilitas KBK=jumlah rating (weighted)		4	3 - <4	2 - <3	1 - <2
1.	Puskesmas	100%	95%	90%	85%
2.	Klinik swasta/RS D Pratama	100%	97%	96%	95%

FKTP diberikan penalti jika tidak mencapai target indikator-indikator spesifik ini. FKTP yang memiliki setidaknya 150 kontak per 1000 penduduk per bulan, merujuk paling banyak 2% dari pasien untuk layanan non-spesialistik, dan mampu mengontrol setidaknya 5% kasus diabetes dan hipertensi akan menerima alokasi kapitasi dengan penuh. Untuk skor KBK di bawah maksimum, Puskesmas menerima penalti 15%, sementara klinik swasta hanya sebesar 5%, sedangkan untuk Puskesmas 15%.

Desain Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) yang ada sekarang masih dapat diperbaiki. Pertama, analisis data kepesertaan dan klaim BPJS Kesehatan dapat memberi dasar bagi formula penghitungan kapitasi berbasis risiko agar lebih mencerminkan variasi kebutuhan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan antar daerah. Kedua, kaji ulang apakah besaran penalti saat ini sudah cukup mendorong perbaikan kinerja. Ketiga, pertimbangkan untuk mengurangi bobot indikator kinerja yang mudah dicapai. Keempat, pertimbangkan untuk menggunakan insentif/disinsentif untuk kenaikan/penurunan kinerja antar waktu, dibanding tercapainya target absolut. Kelima, pencapaian indikator berdasarkan hasil seperti diabetes dan hipertensi terkontrol bergantung kepada beberapa faktor yang berada di luar kontrol penyedia layanan, sehingga mungkin bukan merupakan indikator kinerja yang tepat.



Namun, pelayanan kesehatan lebih banyak dilakukan di tingkat masyarakat dimana pendanaan JKN (kapitasi untuk layanan Kesehatan primer) tidak berpengaruh. Pelayanan di bawah tingkat Puskesmas/klinik dilakukan oleh tenaga sukarela (kader) yang biasanya dibiayai oleh Dana Desa dengan standar yang terbatas. Satu-satunya pilihan agar JKN dapat mempengaruhi pelayanan berkualitas di tingkat desa adalah dengan mengontrak Bidan Desa untuk meningkatkan jangkauan pelayanan gizi, mis. konseling sebagai bagian dari ANC/PNC (pemeriksaan kehamilan/pemeriksaan pada ibu nifas) dan PMBA (Pelatihan Kader Pemberian Makan Bayi dan Anak). Namun, ada kekhawatiran bahwa alokasi ini tergantung pada kebijaksanaan Perangkat Desa yang tidak dibakukan di seluruh desa. Selain itu, bagi bidan, peningkatan keterlibatan dalam layanan penjangkauan mungkin menyita waktu dan sumber daya dari tanggung jawab mereka yang sudah berkembang. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) mungkin merupakan sumber yang lebih baik untuk layanan penjangkauan dan perlu diselaraskan dengan mekanisme pembayaran lainnya.

4.2.8. Penelitian berorientasi pada layanan kesehatan primer

Penelitian dan manajemen pengetahuan (*knowledge management*), termasuk diseminasi pembelajaran yang didapatkan (*lesson learned*), serta pemanfaatan pengetahuan merupakan unsur-unsur yang penting guna mempercepat peningkatan strategi keberhasilan agar dapat memperkuat sistem yang berorientasi pada layanan kesehatan primer (WHO, 2020). Pada Konferensi Tingkat Tinggi Bukti untuk Kesehatan Ibu, Bayi, dan Anak (Evidence Summit for Maternal, Newborn and Child Health [MNCH]) tahun 2017, AIPI pernah mengumpulkan *grey literatures* atau literatur di luar sumber ilmiah tradisional yang jumlahnya cukup banyak. Namun kebanyakan dari yang literatur tersebut bersifat deskriptif dan kualitas buktinya rendah, sehingga tidak bisa menjadi dasar untuk pembuatan kebijakan dan menentukan implementasi.

Implementasi hasil penelitian dalam layanan kesehatan primer masih kurang, sehingga strategi dan pemanfaatan teknologi dalam pemeriksaan masih lebih banyak diimplementasikan di level rujukan. Layanan kesehatan primer hanya menjadi objek dari kebijakan yang harus mengikuti kebijakan WHO atau kebijakan umum yang ditentukan tanpa ada penelitian-penelitian baru yang mungkin lebih spesifik untuk *primary health care*. Misalnya pada pemeriksaan awal untuk diagnosis, dokter hanya mencocok-cocokkan dengan diagnosis standar untuk klaim karena alat yang kurang memadai sehingga diperlukan penelitian dan pengembangan dan audit rutin untuk menyamakan standar diagnosis dan cara klaim yang melibatkan Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

Agar paradigma interdisipliner tetap secara konsisten melandasi pendekatan dan operasionalisasi PHC, dapat dipertimbangkan perlunya dilaksanakan pula penelitian dimensi sosial-budaya-lingkungan yang sekiranya mempengaruhi keberhasilan dan kekurangberhasilan penyelenggaraan kinerja PHC dan pelibatan masyarakat di berbagai

lokasi. Pembelajaran dari kajian komparatif itu juga bermakna penting bagi pengembangan PHC di tengah masyarakat Indonesia yang beragam.

4.2.9. Pemantauan dan evaluasi

Berkenaan dengan keterampilan inti untuk memantau dan mengevaluasi program (M&E), sebagian besar keterampilan pemantauan inti dan beberapa keterampilan evaluasi yang dibutuhkan sudah ada dalam sistem kesehatan. Meskipun agak bervariasi menurut bidang program, secara umum keterampilan staf untuk pemantauan program relatif kuat di tingkat pusat dan relatif lemah di tingkat kabupaten. Namun, peran dan tanggung jawab staf tampak kacau. Banyak staf program di semua tingkatan, tetapi terutama di tingkat sub-nasional, tidak merasa bahwa M&E adalah tanggung jawab mereka, dan dengan demikian tidak melihat peran mereka termasuk memeriksa keakuratan data yang dikirimkan. Tidak cukup staf yang diberi tanggung jawab M&E untuk dapat mengimbangi kurangnya keterlibatan ini. Penggunaan data untuk pengambilan keputusan di antara staf program tampaknya juga terbatas, dan umpan balik sistematis dari tingkat pusat hingga daerah terbatas. Pergantian staf merupakan kendala utama bagi upaya pengembangan kapasitas, terutama di tingkat sub-nasional di mana kapasitas keseluruhan lebih lemah. Kapasitas untuk melakukan evaluasi lebih lanjut lebih terbatas, tetapi Kementerian Kesehatan secara teratur melibatkan pakar dari universitas di Indonesia untuk membantu hal ini. Kementerian Kesehatan kurang memanfaatkan pendanaan GFATM (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria-dana hibah global untuk memerangi AIDS, TB dan Malaria) untuk pengadaan bantuan teknis guna membangun kapasitas, sebuah praktik yang harus dirubah pada tahun-tahun terakhir pendanaan GFATM.



BAB 5

Interkoneksi antar sektor: Menuju Kesehatan di Semua Kebijakan (Health in All Policies)

“Many of the most important choices that determine the outcome of a health emergency, such as the COVID-19 pandemic, occur long before the crisis itself strikes.”

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Setelah menyelidiki dimensi struktural dan diskursif reformasi layanan kesehatan primer, sub-bab ini akan melihat lebih dari situasi kebijakan saat ini ketika mengidentifikasi penggerak perubahan. Banyak pendorong yang akan membentuk pengembangan layanan kesehatan primer akan muncul dari luar area kebijakannya: faktor pergeseran sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, politik dan nilai (disingkat menjadi *STEEP*). Oleh karena itu, panel ahli *STEEP* juga diminta untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan isu-isu strategis yang penting. Kami meminta panel yang berisi narasumber ahli di setiap elemen *STEEP* untuk mengurutkan setiap ide sesuai dengan kepentingannya untuk keberlanjutan layanan kesehatan primer dan seberapa mendesaknya intervensi kebijakan.

Berdasarkan masukan dari para narasumber, tim peneliti mensintesis masukan dalam setiap elemen *STEEP* ke dalam elemen-elemen berikut:

5.1. Sosial

1. Masyarakat perlu dilibatkan sebagai mitra. Diperlukan pendekatan partisipatif (*participatory approach*) yang menghargai pengetahuan, keahlian, pengalaman dan kearifan lokal masyarakat atau kader kesehatan yang diajak berkolaborasi. Proses pemberdayaan akan berlangsung lebih efektif daripada menganggap mereka sebagai penerima intervensi saja.
2. Istilah kader berfungsi sebagai istilah umum untuk berbagai petugas kesehatan awam yang dipilih dan dilatih untuk bekerja di komunitas/masyarakat. Terdapat berbagai macam penamaan, peran, dan cakupan pekerjaan untuk kader. Mereka telah disiapkan sebagai pekerja generalis atau spesialis dalam peran yang mungkin dicirikan dalam beberapa cara tertentu—misalnya, sebagai promotor kesehatan, penyuluh kesehatan, agen perubahan, atau manajer kesehatan komunitas/masyarakat. Sebaiknya terdapat semakin

banyak program menghasilkan kader "formal" dengan 6-12 bulan pelatihan awal (disertai dengan pelatihan penyegaran secara berkala dan terpadu), menerima gaji, dan memberikan beragam kesehatan intervensi yang mungkin termasuk perawatan kuratif serta pelayanan preventif dan/atau promotif (Dahn, et al., 2015).

3. Penghargaan utama yang dapat memperkuat keberadaan kader adalah kebanggaan dan identitas diri. Hal ini bisa disebut sebagai gengsi sosial alias *social prestige*, dimana mereka bangga bila dianggap ahli dalam bidang kesehatan dibandingkan masyarakat umum lainnya.
4. Kebijakan tenaga kesehatan sangat kaku. Tatanan undang-undang kesehatan yang mengatur peran ahli sosial humaniora bidang kesehatan sebagai tenaga non kesehatan yang menjadi mitra bagi tenaga kesehatan dalam layanan PHC belum tersedia.
5. Orang-orang dengan sosial ekonomi rendah cenderung mengalami peningkatan morbiditas dan memiliki harapan hidup kurang dari 70 tahun. Hal ini dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan primer. Penyesuaian risiko pada sistem kapitasi di layanan kesehatan primer yang didasarkan pada faktor sosial ekonomi termasuk usia dan jenis kelamin dapat menjadi cara yang layak untuk mencapai pemerataan akses, utilisasi layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan (Zahroh et al., 2018).

5.2. Teknologi

1. Intervensi teknologi digital di bidang kesehatan harus disesuaikan dengan sumber daya yang dimiliki masing-masing daerah. Kelompok daerah yang sudah memiliki infrastruktur dan sumber daya memadai akan lebih mudah menerima intervensi dari pusat dibandingkan daerah yang belum siap.
2. Listrik dan internet menjadi sumber daya vital bagi Puskesmas. Di Indonesia masih ada kurang lebih 13% Puskesmas memiliki akses listrik kurang dari 24 jam, artinya tidak selalu ada listrik untuk pelayanan, akibatnya salah satu contoh yaitu input data PCare dan pemeriksaan berbasis teknologi lainnya menjadi terhambat. Proses skrining kesehatan sampai dengan monitoring juga harapannya sudah mulai dengan memanfaatkan teknologi digital.
3. Kementerian Komunikasi dan Informasi sedang mempersiapkan infrastruktur digital nasional, termasuk jaringan Google Cloud. Tahun depan rencananya, Microsoft Azure juga akan hadir di Indonesia. Artikel publikasi terkait *internet of things* atau *penggunaan teknologi digital dalam berbagai aspek kehidupan* juga masih kurang di Indonesia dan ini bisa menjadi peluang terutama di sektor kesehatan agar dibentuk visi risetnya mengarah ke digitalisasi kesehatan.



4. Pada 25 Februari 2021, Microsoft mengumumkan inisiatif Berdayakan Ekonomi Digital Indonesia, yang menandai komitmen signifikan untuk memajukan pertumbuhan dan transformasi digital untuk Indonesia, ekosistem pengembang dan startup yang dinamis, perusahaan, dan sektor publik. Sebagai bagian dari rencana tersebut, Microsoft akan membangun wilayah pusat data pertamanya di Indonesia untuk menghadirkan layanan *cloud* terpercaya secara lokal, dengan keamanan data kelas dunia, privasi, dan kemampuan untuk menyimpan data di dalam negeri. Microsoft juga mengumumkan rencana untuk menambah keterampilan 3 juta orang Indonesia untuk mencapai tujuannya dan akan memberdayakan lebih dari 24 juta orang Indonesia pada akhir tahun 2021 melalui program keterampilan yang telah lama ada yang dirancang untuk menciptakan peluang ekonomi inklusif di era digital (Microsoft, 2021).
5. Dengan wilayah pusat data yang baru, Indonesia akan bergabung dengan infrastruktur cloud terbesar di dunia dengan lebih dari 60 wilayah pusat data yang ada hingga saat ini. Bisnis dari semua ukuran dan industri akan memiliki akses ke Microsoft Azure saat peluncuran, yang memungkinkan siapa saja untuk menciptakan tujuan menggunakan layanan dan kemampuan cloud yang mencakup komputasi, jaringan, database, analitik, kecerdasan buatan, dan Internet of Things (IoT). Microsoft memberikan keamanan dan privasi data tingkat perusahaan. Dengan lebih dari 90 sertifikasi kepatuhan, Microsoft memenuhi berbagai standar industri dan entitas peraturan (Microsoft, 2021).
6. Menjalinkan kerjasama dengan perusahaan yang memiliki *big data* adalah salah satu sinergi yang baik untuk transformasi layanan kesehatan primer. Fasyankes bisa menyusun program kesehatan dengan inovasi yang lebih baik karena tahu mengenai masalah yang dihadapi dan karakteristik/profil masyarakat melalui data tersebut. Pengelolaan data terpusat yang saling terintegrasi kedepannya akan mempermudah peneliti, pemangku kebijakan dan masyarakat dalam memotret masalah kesehatan yang terjadi dan mengembangkannya ke dalam penelitian/rekomendasi kebijakan.
7. Pro kontra pengadaan *telemedicine* masih menjadi perdebatan sampai sekarang. Belum ada regulasi yang cukup kuat untuk beralih ke layanan *telemedicine* yaitu pemeriksaan melalui foto, *video call* dan sejenisnya. Mengingat sebagian yang kontra berpegang pada UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 35 yang menyatakan bahwa dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki yang terdiri atas: a. Mewawancarai pasien; b. Memeriksa fisik dan mental pasien; c. menentukan pemeriksaan penunjang; d. Menegakkan diagnosis; e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien. Mereka melihat hal ini belum mencakup penyediaan layanan kesehatan jarak jauh.

5.3. Ekonomi

1. *Inequity* atau ketimpangan semakin meningkat. Kondisi yang tidak berkeadilan atau timpang, menjadi lebih parah karena pandemi yang tidak berkesudahan. Berbagai upaya yang dilakukan oleh pemerintah belum terlihat membawa dampak signifikan memperbaiki kondisi ekonomi yang terpuruk.
2. Ketertarikan fasyankes swasta untuk ikut dalam skema BPJS terhalang oleh kebijakan kapitasi yang tidak adil. Kebijakan redistribusi peserta juga belum didesain dengan baik. Kementerian Kesehatan.
3. Perhitungan kapitasi di Indonesia tidak didasarkan pada perhitungan risiko seorang individu atau secara keseluruhan. Tanpa adanya penyesuaian faktor risiko, sistem pembayaran kapitasi di layanan kesehatan primer bisa berlebih (*overpay*) atau kurang (*underpay*). Padahal secara teori kapitasi adalah unit pembayaran prospektif per pasien, per bulan atau tahun, dimana *payer* melakukan pembayaran tetap untuk serangkaian layanan yang telah ditentukan, terlepas dari kuantitas layanan yang sebenarnya disediakan (Telykov, 2001). Dengan sistem pembayaran ini, penyedia layanan akan menyadari risiko dan konsekuensinya karena mereka melakukan pelayanan di luar apa yang telah disepakati. Kapitasi memiliki tiga elemen penting: uang mengikuti pasien, pembayaran pelayanan kesehatan dibayarkan paling cepat setelah penentuan jumlah pasien mendaftar, dan penerima pembayaran diperlukan untuk mengelola perawatan secara efektif sehingga pengeluarannya tidak lebih besar dari pembayaran yang diterima (Zahroh et al., 2018).
4. Belum terpenuhinya alat-alat kesehatan oleh pasar dalam negeri memaksa impor secara besar harus dilakukan.

5.4. Lingkungan

1. Perubahan iklim memengaruhi perubahan pola dari beberapa penyakit yang terkait dengan vektor. Perubahan dampak lingkungan juga berpengaruh pada penyakit infeksi dan penyakit non infeksi. Berkaitan dengan ketahanan pangan yang berujung pada masalah gizi. Kualitas air, udara dan tanah memengaruhi keberlangsungan kebersihan dan sanitasi pada tatanan rumah tangga yang ini dapat berdampak pada status kesehatan seseorang.
2. Puskesmas bisa juga dijadikan sebagai pusat siaga dan pengawasan bencana (*disaster preparedness dan surveillance*).
3. Lingkungan perkotaan tidak mendukung gaya hidup yang sehat .
4. Keberlangsungan pola perilaku masyarakat yang sehat harus didukung dengan keberadaan lingkungan hidup perkotaan yang ramah. Ketersediaan jalur sepeda dan pejalan kaki penting untuk diakomodasi pemerintah setempat dalam penataan kotanya.



5.5. Politik

1. Karir di PHC dipandang kurang menarik, terutama disebabkan dari perbedaan jumlah insentif yang sangat besar antara dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit dan di FKTP. Spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp KKL) masih belum menjadi daya tarik mahasiswa fakultas kedokteran sebagai tempat untuk melanjutkan karirnya. Selain prospek pendapatan yang kurang dibanding spesialis lainnya, ada *passion*, preferensi personal dan masalah premis kasus yang begitu luas di layanan kesehatan primer menjadi faktor-faktor mengapa Sp KKL belum banyak peminatnya.
2. Dalam ranah kebijakan kesehatan, pandemi menjadi pengingat bahwa sangat penting bagi dokter untuk lebih berperan dalam politik perumusan kebijakan kesehatan. Seperti misalnya mendorong tersusunnya kebijakan yang lebih berpihak pada aspek kesehatan dan berlandaskan bukti ilmiah.
3. Kenaikan anggaran kesehatan karena pandemi bukan *sesuatu yang sudah dirancang atau dipersiapkan sebelumnya (by design)*.
4. Anggaran kesehatan di Indonesia masih kalah jauh dengan anggaran subsidi BBM dan infrastruktur fisik lainnya. Kenaikan anggaran dari tahun 2020 sampai saat ini terjadi untuk mengatasi persoalan yang ada akibat pandemi.
5. Akses kesehatan terhadap seluruh rakyat Indonesia haruslah sama. Sama disini artinya tingkat ketimpangan antar daerah menjadi semakin kecil, mobilitas sosial meningkat, dan sistem kesehatan ditinjau ulang agar dapat disesuaikan dengan konteks kondisi masing-masing daerah.
6. Bila suatu wilayah memiliki akses pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, baik orang kaya, orang miskin, desa, kota, di pulau besar maupun kecil maka wilayah tersebut telah memiliki ekuitas yang adil dan merata. Distribusi pelayanan kesehatan, kuantitas dan kualitas pelayanan, serta sebaran sumber daya manusia dan distribusi sarana penunjangnya menjadi indikator *equity* dalam pelayanan kesehatan (Indrayathi & Noviyani, 2017).
7. Salah satu instrumen kebijakan yang bisa diintervensi dengan muatan layanan kesehatan primer adalah GBHN (Garis Besar Haluan Negara). Wacananya tahun ini akan berlangsung penyusunan GBHN tersebut.
8. Meyakinkan pejabat politik bahwa menjunjung isu kesehatan akan juga meningkatkan elektabilitasnya.

5.6. Nilai

1. Peningkatan kompetensi kepemimpinan komunitas harus difokuskan pada pengambilan keputusan secara partisipatif, melakukan perencanaan perubahan sosial, proses perubahan yang direncanakan harus dimengerti dan bisa dilaksanakan secara luas oleh masyarakat, serta potensi kemampuan kepemimpinan diperluas pada populasi. Kepemimpinan merupakan salah satu kunci keberhasilan pemberdayaan masyarakat. Bila kepemimpinan desa itu peduli, jujur dan tulus hati, bertanggung jawab, amanah, dan tanggap, maka program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berhasil (Lewis et al., 2008; Ife & Tesoriero, 2010; Sulaeman et al., 2012).
2. Kebijakan kesehatan yang seharusnya berpihak pada hulu
3. Hampir semua sektor Kementerian dan Lembaga bekerjasama untuk mengatasi masalah yang terjadi akibat pandemi ini, akan tetapi tanda-tanda arah pandemi ini hanya dipahami oleh orang kesehatan.
4. Kesehatan masyarakat antara lain perlu mengandung nilai *kesetaraan (equity)*, *keadilan sosial (social justice)*, *partisipasi (participation)*, *efisiensi (efficient)*, *efektif (effectiveness)*, *dapat diterima (acceptability)*, dan *dapat diakses (accessibility)*.
5. Pemerintah tidak mempunyai kepercayaan bahwa masyarakat mampu menjaga kesehatan. Sementara itu, swasta tidak percaya pada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan dan swasta keduanya berada pada jalur yang sama, yaitu tidak mempercayai pemerintah.

BAB 6

Pengembangan Skenario: Memetakan Kemungkinan Masa Depan Layanan Kesehatan Primer

*“Anything is possible
if you have got enough nerve”*

JK Rowling

6.1. Memahami skenario yang mungkin terjadi (*plausible scenarios*) dalam Primary Health Care

Pandemi COVID-19 mengukuhkan peran sentral serta kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang tangguh di level komunitas. Karenanya, layanan kesehatan primer yang merupakan *backbone* dari pencapaian *universal health coverage* seharusnya diperhitungkan sebagai bagian dari arah pembangunan pasca pandemi (World Bank, 2021).

Saat ini PHC menjadi fondasi untuk: a) mengeluarkan Indonesia dari pandemi melalui surveilans, testing, lacak kontak, vaksinasi ; dan b) menutup lubang kerugian akibat disrupsi sistem kesehatan melalui pemulihan layanan esensial. Tetapi memperhitungkan peran PHC bukan semata memberi ruang agar fungsinya saat ini dapat berjalan. Melainkan turut memastikan bahwa kapasitas layanan kesehatan primer setelah pandemi, mampu memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang terus berkembang.

Mempertimbangkan berbagai ketidakpastian yang dihadapi sektor kesehatan masyarakat, seberapa jauh Indonesia sudah menakar ketepatan arah perkembangan dan melibatkan PHCnya masih menjadi pertanyaan. Untuk itu, keberadaan skenario atau narasi masa depan dapat menjadi panduan dalam mempertimbangkan alternatif aksi terbaik di masa depan sistem kesehatan.

Memiliki skenario membantu pemangku kebijakan maupun aktor pembangunan dari berbagai sektor melihat dinamika sistem dalam perspektif yang lebih kompleks dan menyeluruh, mengakui ketidakpastian dan kekosongan yang ada dalam sistem, serta menantang asumsi tentang apa yang tidak atau seharusnya dilakukan.

Secara sistematis, skenario dikembangkan dengan pemahaman mengenai tren. Pemetaan tren selama periode tertentu akan memberi gambaran mengenai faktor-faktor utama yang berperan sebagai penggerak tren. Agar skenario atau narasi masa depan dapat dikembangkan, faktor-faktor penggerak tren yang signifikan tersebut perlu dipahami.

Ada sembilan tahap pengembangan dan analisis skenario. Tahap pertama adalah menentukan tujuan dan skenario horizon waktu, yaitu, dimana kerangka waktu skenario tersebut yang diperkirakan dapat bertahan. Tahap selanjutnya adalah menentukan aspek-aspek utama di bidang sosial, teknologi, ekonomi, lingkungan, dan nilai (*STEEP*) yang akan menjadi fokus pengembangan skenario, terutama dalam hal subjek ('siapa') dan apa yang mungkin terjadi. Tahap ketiga adalah menentukan asumsi di setiap skenario, dilanjutkan dengan tahap keempat yaitu mengembangkan kerangka tren utama di setiap skenario. Tahap kelima adalah menulis skenario itu sendiri secara rinci, termasuk tahap keenam, adalah analisis situasi yang akan menjadi krisis di setiap skenario. Tahap ketujuh adalah mengembangkan antisipasi kebijakan di setiap skenario dengan mempertimbangkan apa yang bisa dikendalikan dan apa yang tidak bisa dikendalikan. Tahap kedelapan adalah mengembangkan strategi aksi berdasarkan antisipasi kebijakan dan terakhir, mengevaluasi setiap strategi berdasarkan kepentingan dan ketersediaan sumber daya.

Dalam laporan ini, penyusunan skenario merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keseluruhan proses peninjauan masa depan *PHC*, mulai dari pemetaan tren yang menjadi ciri pembangunan, identifikasi tantangan utama hingga penetapan prioritas pembangunan. Integrasi pengembangan dan analisis skenario semacam ini penting karena melibatkan hasil dari setiap tahap metodologis dalam tinjauan ke masa depan. Dalam konteks lain, dan jika diinginkan, pengembangan skenario ini juga dapat dilakukan untuk menyiapkan peta jalan dengan mempertimbangkan alternatif yang masuk akal di masa depan

6.2. *Plausible Scenarios* – Skenario yang mungkin terjadi

Laporan ini menyoroti gap kapasitas serta komitmen pemerintah dalam merespon dan memberikan arah bagi layanan kesehatan primer di masa sebelum dan sesudah pandemi. Melihat ketahanan sistem kesehatan, terutama di layanan primer yang sangat bertanggung jawab pada soal pencegahan, perubahan perilaku.

RPJMN tahun 2020 sampai 2024 sudah menyebutkan tentang pelayanan kesehatan primer. Bahwa arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar. Namun, dibandingkan dengan negara lain, arah pembangunan *PHC* masih belum berlandaskan pada perubahan sistem. Padahal dampak transformasi layanan kesehatan primer terbukti nyata bagi *health outcomes*, *health system efficiency*, dan *health equity*.

Pemindaian cakrawala dan investigasi dimensi *STEEP* mengindikasikan dua faktor yang menarik menentukan arah pengembangan layanan kesehatan primer: komitmen ekonomi politik dan implementasi nilai serta prinsip kesehatan masyarakat. Kedua faktor tersebut muncul secara signifikan dalam pemetaan tren dan akan digunakan sebagai acuan utama dalam pengembangan skenario.

6.2.1. Poros Ekonomi Politik – Indonesia dan Kesehatan di Semua Kebijakan (*Health in All Policies*)

Deklarasi Alma Ata pada tahun 2008, mendorong reformasi untuk PHC dari sisi penyampaian layanan, *health coverage*, dan *health policy*. Pada kasus Indonesia, peralihan otoritas dari Presiden kepada parlemen memengaruhi relasi kuasa penentuan arah kebijakan kesehatan (CISDI, 2020). Tantangan reformasi kesehatan kemudian bergantung pada kemampuan dalam menyeimbangkan komitmen reformasi di tingkat Presiden dengan kinerja perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang efektif di lapangan.

Dalam praktiknya, komitmen dan keseimbangan ini terusik oleh tarikan–tarikan kekuasaan yang lebih besar dalam menentukan reformasi kesehatan tertentu. Terutama ketika menteri kunci terkait sektor kesehatan menjadi jabatan politik dan lebih banyak diambil dari partai politik untuk mendapatkan dukungan parlemen (TEMPO, 2019).

Pandemi COVID-19 juga telah melahirkan guncangan dahsyat yang menonjolkan ketidakseimbangan dan tarik ulur kepentingan antar sektor. Di sektor ekonomi, laporan berbagai lembaga internasional menunjukkan kontraksi ekonomi yang bisa memicu terjadinya resesi global (Inman, 2020 dalam Idil, 2021). Banyak negara, bahkan sudah mengumumkan antisipasi menuju resesi, misalnya Singapura dan Filipina (Lim, 2020 dalam UGM, 2020).

Kebutuhan normalisasi kehidupan melalui pemfungsian kembali aktivitas sosial dan ekonomi berangkat dari kekhawatiran berlangsungnya resesi, mengingat pandemi telah memberi disrupsi pada pergerakan ekonomi. Negara terjat dalam dua arus tarikan yang seolah saling menegasikan: ekonomi politik versus kesehatan. Tarik ulur antara kepentingan ekonomi dan kesehatan sudah terlihat sejak merebaknya COVID-19 di Indonesia. Praktik buruknya tercermin kala penetapan kebijakan pelaksanaan Pilkada Serentak tahun 2020 dan kebijakan Pembatasan Sosial yang terlambat diberlakukan selama tahun 2021. Pilihan yang berlangsung cenderung bersifat *zero-sum*, yang melihat kedua kepentingan tersebut saling berseberangan dan meniadakan satu sama lain (Lin & Meissner, 2020).

Padahal negara yang cakap seharusnya mampu secara efektif menjalankan keseimbangan sejumlah fungsi dasar pemerintahan, yaitu: mulai dari kontrol administratif, pengelolaan keuangan publik dan aset negara, rekonstruksi infrastruktur, serta menyediakan akses ke perawatan kesehatan bagi semua warga negara. Kecakapan ini hanya bisa terjadi bila “kebijakan kesehatan dalam semua hal” atau “*health-in-all policy*” menjadi dasar dalam pengambilan keputusan. “Kesehatan dalam semua kebijakan” didasarkan pada pengakuan bahwa kesehatan penduduk dapat ditingkatkan melalui kebijakan yang dikendalikan oleh sektor–sektor diluar kesehatan (WHO, 2008a).

6.2.2. Poros Nilai – Pemahaman Fungsi Kesehatan Masyarakat

Dari pemetaan, terlihat juga tarikan dari sisi *demand* dan investasi yang masih terpusat pada rumah sakit. Dari sisi kebijakan, selama beberapa waktu pengembangan sistem kesehatan dibangun dengan fokus sekitar rumah sakit dan spesialisasi. Rumah sakit, dengan teknologi dan sub-spesialisasinya, telah memperoleh peran penting dalam sebagian besar sistem kesehatan di seluruh dunia (WHO, 2008a). Rumah sakit dilihat sebagai standar layanan kesehatan yang lebih bisa memberikan kualitas dan efisiensi bagi para pasien, dibandingkan layanan kesehatan dasar.

Padahal, fokus yang tidak proporsional pada rumah sakit dan subspesialis telah menjadi sumber utama ketidakefisienan dan ketidaksetaraan yang terbukti berdampak buruk dalam kondisi kegawatdaruratan kesehatan seperti pada Juli-Agustus 2021 lalu. Jika dilihat dari kaca mata kesehatan masyarakat, maka fungsi dari layanan kesehatan primer yang ideal lebih mampu mendongkrak pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Bukti dari negara-negara dengan sistem kesehatan yang mapan yang dikumpulkan Universitas Gadjah Mada Tahun 2020 menunjukkan bahwa 20% dari 1000 orang per bulan bisa mengestimasi kebutuhan obat atau layanan di poliklinik primer, tetapi bahkan tak sampai 50%nya (100 orang) yang perlu membeli obat sederhana saja untuk mengurangi gejala. Hanya sekitar 55 orang yang membutuhkan layanan ke rumah sakit dan maksimal 10 orang (1%) yang memerlukan rawat inap. Berdasarkan perhitungan tersebut, bila upaya pencegahan primer berjalan dengan baik, maka beban pelayanan di rumah sakit akan turun secara signifikan (UGM, 2020).

Contoh kasus tersebut menunjukkan tarikan-tarikan antara permintaan publik dan kebijakan dan konsiderasi nilai-nilai turut menjadi arah penentu perkembangan layanan kesehatan.

Kajian ini mengembangkan empat skenario untuk memberi pendekatan dan arah kebijakan pembangunan layanan kesehatan primer. Pengembangan skenario dilakukan melalui metode eksploratif deduktif dengan menggunakan data pada situasi terkini (*driver*, *tren*, *tantangan*). Setiap skenario memiliki karakteristik masing-masing serta probabilitas yang sama untuk bisa terjadi di tahun 2024



Bagan 12. Kuadran Skenario *Foresight* PHC

Skenario 1 : Reformasi atau Revolusi ?

Skenario ini melihat arah perkembangan sistem kesehatan Indonesia dalam beberapa tahun ke depan dari kacamata si optimis. Perkembangan yang terjadi diyakini akan menuju perbaikan menuju sebuah dunia ideal, dengan syarat utama terlaksana perbaikan struktural.

Pembelajaran selama pandemi, menempatkan Indonesia pada posisi saat yang tepat untuk melakukan reformasi menyeluruh pada layanan kesehatan primer. Skenario ini secara optimis melihat momentum pergantian kepemimpinan di tahun 2024 menjadi udara segar yang mampu memilah praktik baik dan buruk selama pandemi, serta mengimplementasikannya dalam mendorong *health in all policy*.

Karakteristik utama skenario ini, menempatkan perubahan struktural sebagai jalan perubahan cara pandang. Sehingga, kacamata investasi mulai terarah untuk melihat kesehatan sebagai investasi jangka panjang, bukan sebagai beban biaya jangka pendek.

Ketersediaan kerangka regulasi yang solid adalah salah satu tolak ukur dari ketangguhan sistem kesehatan nasional. Saat ini, kerangka regulasi yang tersedia (Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012) belum menjamin sistem kesehatan tersedia di tingkat daerah. Apabila kerangka regulasi dibuat menjadi Undang-Undang, hal ini membuka kesempatan legislasi di tingkat daerah untuk memastikan adanya Sistem Kesehatan Daerah. Tersedianya Siskesnas dan Siskesda adalah contoh nyata sinergi pusat daerah dalam menentukan arah dan prioritas pembangunan kesehatan (CISDI, 2020).

Seperti tunas yang membutuhkan keseimbangan air, sinar matahari, mineral atau pupuk sebagai faktor utama dalam ketangguhan pertumbuhannya, maka reformasi sistem kesehatan yang baik perlu dipupuk oleh keseimbangan kebijakan dari sisi kesehatan, ekonomi,

politik, dan sosialnya. Kepemimpinan yang berorientasi pada perbaikan sistem dan mengutamakan akuntabilitas, menjadi kunci kapasitas pemerintahan untuk mampu menangkap urgensi investasi untuk penguatan elemen-elemen layanan kesehatan primer dari hasil evaluasi selama pandemi.

Salah satu karakteristik skenario ini tercermin dari tata kelolanya. Pemerintah secara drastis memulai penerapan sistem merit dalam menata manajemen pemerintahan secara konsekuen. Dari perspektif kebijakan nasional kesehatan, hal ini berarti mengelola interaksi antara sayap politis di Kantor Sekretariat Presiden dengan sayap teknokratik di bawah koordinasi Kemenko PMK.

Formulasi reformasi kesehatan mengutamakan investasi pada layanan kesehatan primer yang kuat sehingga memungkinkan sistem kesehatan berpihak pada kebutuhan pasien (*patient-centered care*). Sehingga dalam skenario ini, layanan kesehatan bisa lebih efektif dalam penggunaan sumber daya, serta mampu meningkatkan literasi kesehatan masyarakat karena partisipasi mereka secara aktif dalam perawatan diri mereka sendiri.

Dengan tingginya partisipasi publik dalam menciptakan permintaan dan mengawasi sistem kesehatan saat ini, posisi Indonesia juga bisa bergeser ke skenario ini bila tercipta mekanisme adopsi partisipasi publik ke dalam sistem pemerintahan, khususnya pembuatan kebijakan dan pelaksanaan pembangunan. Suara-suara dari masyarakat dapat dikelola dan dikendalikan untuk mengimbangi kekurangan-kekurangan yang muncul akibat kebijakan kesehatan yang ada. Partisipasi masyarakat diarahkan sedemikian rupa agar dapat terakomodir dengan baik dan tidak menjadi destruktif atau melahirkan preseden yang mengganggu stabilitas politik.

Namun, permintaan publik untuk sistem kesehatan yang berkembang pesat selama pandemi COVID-19, turut membuka skenario revolusi sistem kesehatan.

“Reformasi atau Revolusi”-- dua cara menuju dunia ideal yang kita inginkan. Jalan mana yang harus Indonesia tempuh?

Skenario 2 : Terjebak di “Status Quo”

Secara umum skenario ini menggambarkan kondisi Indonesia yang terjadi pada saat ini hingga kira-kira lima tahun ke depan tanpa perubahan struktural yang berarti. Dimana tarikan terus terjadi saat bicara antara penyelamatan negara dari sisi pemenuhan sistem kesehatan, atau perbaikan ekonomi. Kondisi ini tercermin selama pandemi COVID-19 berlangsung dan inkonsistensi kebijakan baik di antara kementerian lembaga dan level sub-nasional.

Di tahun 2023, kapasitas birokrasi akan secara signifikan terpengaruh oleh dinamika rutinitas politik lima tahunan. Jika perkara pembenahan struktural penanganan pandemi belum terselesaikan selambatnya di trimester akhir 2022; maka respon COVID-19 akan terperangkap



jadi perkara politis yang diperdebatkan, digunakan semata untuk *beauty contest*, dan menjadi sasaran bulan-bulanan kemarahan masyarakat sipil, tanpa ada gunanya bagi penyelamatan jiwa.

Perubahan struktur anggaran di dalam kementerian teknis tidak disertai perubahan signifikan pada postur anggaran kesehatan secara menyeluruh dan terlihat tanpa prioritas jelas pada transformasi layanan kesehatan primer.

Investasi pada Puskesmas berupa penyediaan sumber daya kesehatan berkualitas, ketersediaan alat dan obat esensial, sistem informasi, hingga anggaran untuk program baik untuk kuratif dan preventif. Pertumbuhan Puskesmas dalam 5 tahun terakhir hanya tumbuh 4,5% dari 9.767 puskesmas di 2016 menjadi 10.203. Sedangkan Rumah sakit tumbuh hingga 19.7% dari 2.045 di 2016 menjadi 2449 di 2020 (Kemenkes, 2021a).

Dari sudut pandang pembangunan secara luas, pemangku kebijakan seringkali mengambil langkah yang mencederai perasaan publik. Berbagai contoh dari penetapan UU Cipta Kerja hingga UU Ibu Kota Negara baru-baru ini, menunjukkan ketidakberpihakan para pemangku kebijakan pembangunan pada pemulihan kesehatan masyarakat.

Memasuki tahun ketiga pandemi, masyarakat tidak diberikan harapan akan sebuah kehidupan baru yang menyelamatkan nyawanya. Berdasarkan situasi selama pandemi, skenario ini juga memberi gambaran bahwa dengan kondisi “status quo”, kebijakan di luar sektor kesehatan yang sangat berpengaruh pada pencapaian target pembangunan akan lebih banyak berpegang pada perhitungan untung/rugi keekonomian jangka pendek.

Skenario 3 : Setengah Hati

Skenario memberi gambaran betapa tidak mudahnya berubah dan bertransformasi. Khusus untuk skenario “Setengah Hati” ini, tarikan antara melakukan semuanya seperti sedia kala atau “*Business as Usual*” dengan “Pilihan yang Sulit” membuat skenario ini mungkin sekali terjadi. Dinamika dari eksternal birokrasi, terutama desakan masyarakat bisa membuat perubahan seolah bergerak ke arah skenario ideal. Namun, karena perubahan masih bersifat reaktif tanpa pendekatan sistemik dengan orientasi jangka panjang, perubahan terhenti di tengah jalan sebelum transformasi benar-benar terjadi.

Karakteristik utama dari skenario ini adalah tidak tuntasnya pengerjaan sebuah program sejak kebijakan yang melahirkannya hingga kegiatan yang mengikutinya. Selain itu, pergerakan untuk implementasi sebuah kebijakan hanya terlihat terbatas pada aparatur negara, tidak menjangkau masyarakat yang lebih luas. Dari sudut penyampaian layanan untuk kesehatan, meski nampak ada upaya menuju *health in all policies*, *hospital centric* tetap lebih dominan daripada upaya edukasi dan preventif yang dikerjakan secara sistematis pada PHC. Pada akhirnya, *health in all policies* hanya berhenti sebatas slogan/retorika dan tidak pernah benar-benar terwujud.

Di situasi ini, Hal ini mengulang kembali catatan di pra-pandemi, dimana biaya belanja kuratif mencapai 69,1 persen (Rp 317,6 triliun) dari total belanja kesehatan. Sementara, belanja fungsi layanan preventif sebesar 14,3 persen (Rp65,7 triliun). Sementara itu, belanja fungsi tata kelola administrasi kesehatan cukup rendah, yaitu hanya sebesar 3,9 persen (Rp17,8 triliun).

Rendahnya porsi belanja modal juga terlihat; dengan hanya 7,4 persen (Rp33,8 triliun) untuk belanja modal alat kesehatan dan penunjang lainnya, belanja untuk pendidikan & pelatihan bagi SDM kesehatan, serta penelitian kesehatan. Rendahnya investasi pada upaya preventif dan pengembangan ekosistem pendukung (sumber daya manusia, inovasi dan penelitian), terlihat tidak sejalan dengan arah kebijakan RPJMN 2020-2024. Jika kondisi perubahan setengah hati ini berlanjut, maka status quo sistem kesehatan Indonesia akan bergeser ke skenario ini.

Skenario 4 : Pilihan yang Sulit

Pada skenario ini, tarikan antara kepentingan ekonomi dan politik mendominasi pilihan para pengambilan kebijakan. Layanan kesehatan menjadi ibarat Titanic baru di era modern, sebuah analogi yang telah lama menjadi komparasi bagi sistem kesehatan Amerika. Perkembangan sistem kesehatan Indonesia sangat mungkin bergeser ke skenario ini bila prinsip kesetaraan dan perhatian terhadap ketimpangan yang masih terjadi di sana-sini lambat ditangani.

Secara karakteristik, skenario ini menggambarkan kondisi dimana dengan lemahnya regulasi berbasis nilai yang menyeimbangkan tarikan kepentingan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat, model-model komersialisasi layanan dan produk-produk berisiko kesehatan semakin gencar.

Jika terjadi, skenario ini hadir ketika perhatian pembangunan kembali terpusat pada rumah sakit (*hospital-centrism*). Sistem kesehatan dilihat sebagai sarana untuk mendapat keuntungan sebesar-besarnya, sehingga rumah sakit dengan sistem penarikan profit yang lebih sistematis makin giat dibangun. Di level pemerintah daerah, rumah sakit dijadikan sumber pendapatan daerah.

Kebijakan ekonomi dan politik yang tidak menerapkan lensa kesehatan, melemahkan regulasi-regulasi yang bersifat preventif. Ketika negara berjuang menemukan cara menutupi biaya perawatan diabetes, obesitas, dan penyakit tidak menular lainnya, tetapi pembayaran subsidi serta kompromi bagi kebutuhan industri makanan berisiko kesehatan berjalan tanpa hambatan.

Di tingkat komunitas, produk-produk berisiko kesehatan bebas diedarkan dan dipasarkan, bahkan ke generasi muda. Mengedepankan inovasi dan kesesuaian *trend* demi tambahan pendapatan negara atau perusahaan, produk-produk ini dijual bebas secara terjangkau. Sementara produk-produk yang baik untuk dikonsumsi, belum mendapat dukungan yang membantu harganya lebih terjangkau. Tingginya konsumsi produksi berisiko kesehatan

dengan sistem kesehatan yang investasinya fokus pada kuratif—ibarat kita membayar untuk menciptakan masalah kesehatan, dan kita membayar lagi untuk mengobatinya.

Dorongan untuk inovasi *telemedicine* dan berbagai startup di sektor kesehatan semakin kuat, tetapi tidak diiringi dengan penguatan literasi komunitas yang rentan akses terhadap teknologi. Sehingga beberapa kelompok tetap tidak mendapat akses layanan atau pemantauan kesehatan yang lebih terjangkau dari sisi jarak dan biaya. Dan sekali lagi—kesehatan menjadi kemewahan.

Titanic menjadi sebuah pembelajaran karena kapal pesiar mewah itu dilengkapi berbagai fasilitas mewah, membenarkan harga tiket \$4.350 yang diimingi dengan kualitas perjalanan kelas satu. Meskipun menjadi pilihan menggiurkan, sayangnya, kemewahan itu tidak disertai dengan infrastruktur yang memadai sesuai dengan medan yang dihadapi, kapasitas awak yang mumpuni untuk prediksi dan evakuasi kondisi gawat darurat.

Serupa dengan Titanic, skenario ini menggambarkan kondisi jika kebijakan pemerintah dan parlemen mengubah perawatan kesehatan menjadi kemewahan, tanpa pertimbangan kesiapan untuk menangkis gunung es yang terbentang di depan, seperti pandemi atau kegawatdaruratan kesehatan lain di masa depan.

Tabel 8. Matriks *Plausible Scenarios*

Pengungkit PHC	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
<p>Komitmen politik dan kepemimpinan</p>	<p>Formulasi reformasi kesehatan harus menempatkan layanan kesehatan primer sebagai ujung tombak pendekatan diagonal terhadap reformasi kesehatan nasional</p> <p>Ada komitmen politis terkait rancangan kerangka pembiayaan berkelanjutan untuk mencetak SDM unggul kesehatan yang menjadi penjaga kesehatan masyarakat yang harus dilaksanakan oleh pemerintah pusat maupun daerah.</p>	<p>Penguatan <i>Primary Health Care</i> telah tercantum dalam Perpres, Renstra, dan RPJMN tetapi belum dilihat sebagai investasi jangka panjang</p>	<p>Mulai ada penerapan <i>Health in All Policy</i>, tetapi terpusat pada pengembangan dan transformasi layanan rumah sakit (<i>hospital-centric</i>)</p> <p>Minim investasi pada perubahan berbasis sistem, responsif pada kejadian tertentu</p>	<p>Reformasi Sistem Kesehatan tidak berjalan karena kuatnya tarikan politis untuk ekonomi. Para pemangku kebijakan terombang-ambing antara pilihan investasi pembangunan yang memberi profit dengan dampak jangka pendek, atau sebaliknya.</p>
<p>Tata kelola dan kerangka kebijakan</p>	<p>Keseimbangan komitmen reformasi di tingkat Presiden dengan kinerja perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang efektif di lapangan</p> <p>Skenario dengan melihat health sebagai investasi, bukan biaya. Sehingga dukungan politik dan ekonomi juga mengarah ke sana, tidak tarik-menarik</p> <p>Terjadi tata ulang kelembagaan para pemangku kepentingan di tingkat pusat, mempertimbangkan untuk memperluas peran Bappenas yang mempunyai kekuatan pendekatan teknokratis dan mempunyai mekanisme konsultasi formal berjenjang dari desa hingga pusat. Legislatif dan eksekutif menyusun Undang - Undang Sistem Kesehatan Nasional yang mencantumkan prioritas dan komitmen</p>	<p>Ada tarikan terus menerus saat bicara mengenai investasi fungsi kesehatan masyarakat dan biaya ekonomi serta tekanan politik.</p> <p>Kementerian dapat beroperasi menurut agenda masing-masing dan tidak menjalankan visi besar Presiden di tingkat nasional</p> <p>Ketidaksinambungan berlanjut antara pernyataan reformis di tingkat Presiden dan Menteri dengan kenyataan pada tingkat pemerintahan yang lebih rendah.</p>	<p>Fungsi utama provinsi sebagai Wakil Pemerintah Pusat (<i>intermediate government</i>) sering hilang dalam konstruksi tata kelola pembangunan daerah.</p> <p>RUU yang diinisiasi DPR untuk menghapuskan peran dokter di layanan kesehatan primer di sahkan.</p>	<p>Kebijakan yang berkaitan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan yang berpengaruh pada capaian target kesehatan seperti cukai rokok, akses FCTC, dan pengendalian konsumsi garam gula lemak semakin mendukung ke arah industri</p>

Pengungkit PHC	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
	anggaran berkelanjutan untuk <i>Primary Health Care</i> .	Program Legislasi Kesehatan untuk penerbitan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran dan jalur klinis (<i>clinical pathway</i>) nasional berjalan lambat.		
PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Sumber dana dan alokasi anggaran	<p>Menitikberatkan pada investasi kesehatan jangka panjang : transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Alokasi <i>total health expenditure</i> khusus <i>primary healthcare</i>, meningkat drastis mendekati rekomendasi WHO sebesar 1% dari PDB</p> <p>Pemerintah menggeser model pembiayaan Puskesmas dari <i>supply-side financing</i> ke pembiayaan berbasis kinerja</p>	<p>Skema anggaran kesehatan masyarakat di Kementerian Kesehatan tidak memperlihatkan prioritas pada transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Sub-nasional : Penyaluran BOK melalui mekanisme DAK non-fisik membuat waktu realisasinya sering terlambat dan bergantung pada mekanisme anggaran daerah (Bappenas, 2019)</p>	<p>Perubahan struktur anggaran di dalam kementerian teknis tidak disertai perubahan signifikan pada postur anggaran kesehatan secara menyeluruh dan terlihat tanpa prioritas jelas pada transformasi layanan kesehatan primer</p> <p>Investasi pembelanjaan negara makin terpusat pada kuratif, dengan investasi minimum pada preventif dan penelitian di sektor kesehatan</p>	<p>Anggaran untuk <i>primary health care expenditure</i> stagnan, prioritas anggaran difokuskan pada pengembangan rumah sakit</p>

Pengungkit PHC	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya	<p>Keterlibatan kader yang berkelanjutan tidak lagi bergantung pada pergantian kepemimpinan daerah</p> <p>Transformasi kader menjadi bagian yang terintegrasi dalam sistem Sumber Daya Kesehatan, punya payung regulasi dan insentif.</p> <p>Ada kepatuhan untuk perluasan definisi kelompok rentan dalam definisi operasional program sehingga jangkauan meluas bagi kelompok yang betul-betul butuh</p>	<p>Paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan telah dirumuskan, namun belum dipahami dan di aplikasi semua pihak.</p> <p>Penjangkauan kelompok rentan berjalan, tetapi terbatas pada beberapa kategori tanpa mengindahkan perluasan kerentanan yang terjadi selama pandemi</p>	<p>Platform kemitraan multipihak masih bersifat formalitas dan belum meningkatkan partisipasi bermakna, terutama bagi masyarakat sipil.</p> <p>Pelibatan komunitas bersifat tokenistik, masyarakat dilibatkan dengan investasi minimum dan tanpa pertimbangan remunerasi berbasis kinerja.</p>	<p>Pemanfaatan kerelawanan masyarakat, tidak ada investasi untuk integrasi kader / komunitas dalam bagian SDM Kesehatan</p>
PHC Levers	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Model penyampaian layanan	<p>Fungsi UKM dan UKP berjalan beriringan menuju pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu</p>	<p>Di tingkat kabupaten/kota, kewajiban untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) pada sejumlah paket layanan kesehatan dan keharusan merujuk pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) dalam pelaksanaan masih diabaikan</p>	<p>Eksklusi aspek promotif dan preventif dalam hubungan teraupetik (UKP), terutama karena investasi peran dokter di FKTP berkurang</p>	

Pengungkit PHC	Skenario 1 Reformasi / Revolusi	Skenario 2 Terjebak di Status Quo	Skenario 3 Setengah Hati	Skenario 4 Pilihan yang Sulit
Sumber daya manusia untuk kesehatan	<p>Mekanisme kelembagaan inklusif yang mengkoordinasikan agenda tenaga kesehatan lintas sektoral dan melacak ketersediaan, distribusi, kapasitas, dan level upah.</p> <p>Ada inisiasi kerjasama dengan universitas untuk pengembangan dan kajian terhadap kurikulum pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Peningkatan investasi untuk <i>in-service training</i> dengan <i>e-learning</i> dan pengaturan standar kompensasi berbasis kinerja</p> <p>Fakultas-fakultas kesehatan juga memulai untuk tidak hanya membangun rumah sakit pendidikan saja tetapi juga klinik pratama pendidikan.</p>	<p>Kompetensi tenaga kesehatan untuk merespon dengan benar pertanyaan dalam bentuk sketsa prosedural (<i>procedural vignettes</i>) tindakan medis tidak meningkat signifikan</p> <p>Suplai tenaga kesehatan tinggi, tetapi distribusi dan pemerataan kualitas masih jadi tantangan.</p> <p>Kualitas tenaga kesehatan belum terstandarisasi. Hasil tes kompetensi 2015-2017 untuk dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat tidak mencapai lebih dari skor 80% dari yang dipersyaratkan</p>	<p>Kembali terjadi suplai tenaga kesehatan besar-besaran tanpa perbaikan di kualitas pendidikan, seleksi, dan pre-service training.</p>	<p>Suplai tenaga kesehatan dengan kualitas bagus, difokuskan pada penempatan rumah sakit dan daerah-daerah kota besar karena investasi remunerasi yang tidak bersaing.</p>

BAB 7

Apa yang Harus Disampaikan dan Bagaimana Menyampaiakannya? Rekomendasi Kebijakan dan Operasionalisasi Skenario

“There is a perception that the emergency conditions have passed, because we’re now in the reconstruction phase. This is wrong. The problems are so great, the humanitarian needs are so immense, that the emergency continues.”

**Kuntoro Mangkusubroto,
on reconstructing Aceh after tsunami**

Kajian ini mulai dikerjakan dengan pemikiran bahwa perwujudan PHC sudah tertunda terlalu lama dan harus segera dilakukan pendekatan yang berbeda agar transformasi sesungguhnya bisa tercapai. Terjadinya pandemi COVID-19, kerusakan masif yang menjadi dampaknya dan tiadanya pilihan selain membangun kembali; sesungguhnya bisa dijadikan sebagai pemicu untuk perbaikan menyeluruh dari sistem kesehatan nasional.

Dari berbagai publikasi ilmiah yang dirujuk untuk kajian ini, tim peneliti menyadari bahwa kegagalan penyampaian PHC terjadi tidak hanya di Indonesia, tetapi juga di beberapa negara lain. Namun, negara-negara di Amerika Latin yang seperti Indonesia berada dalam kelompok *low middle income countries*, telah memulai perbaikan kebijakan kesehatan berbasis sistem dan konsisten menjalankan komitmen untuk memprioritaskan PHC. Mendengar dan menangkap persepsi publik adalah salah bagian terpenting dari penataan masa depan kebijakan PHC. Hal ini telah dibuktikan melalui kajian yang membandingkan persepsi publik terhadap sistem kesehatan. Kajian yang dikerjakan di beberapa negara Amerika Latin, menunjukkan bahwa 85% masyarakat menginginkan perubahan mendasar terjadi pada sistem kesehatan. (Pérez-Cuevas et al, 2017).

Dari kelompok negara maju, tim peneliti melihat bahwa kerangka pendekatan yang dilakukan oleh Kanada bisa diadaptasi oleh Indonesia (Patient’s Medical Home, The College of Family Physicians Canada, 2019). Pendekatan integratif seperti yang dilakukan oleh Kanada sejalan dengan rekomendasi Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer dari WHO & UNICEF yang digunakan tim peneliti sebagai rujukan utama kajian ini. Dengan berbagai keragaman demografinya, Indonesia tetap tidak mengalami perbaikan status kesehatan secara signifikan – walaupun di daerah-daerah yang tidak mempunyai masalah akses terhadap layanan



kesehatan. Jadi, arah kebijakan apa yang dibutuhkan agar transformasi PHC dilakukan dengan tepat dan bisa dioperasionalkan secara nasional maupun oleh masing-masing pemerintah daerah?

Empat skenario dalam bab 6 menjelaskan mengapa tegangan antar elemen-elemen di luar kesehatan memengaruhi kebijakan yang terjadi di sektor kesehatan. Analisa tim peneliti berdasarkan *events, trends, drivers* dan masukan dari narasumber ahli yang telah terpetakan sebagai tantangan struktural; menyimpulkan bahwa situasi kebijakan kesehatan dan khususnya PHC Indonesia saat ini berada dalam skenario 2: “Terjebak di Status Quo”. Sesuai ciri-ciri dalam skenario tersebut, prioritas pada transformasi PHC tidak/belum menjadi prioritas pembangunan kesehatan di tingkat nasional maupun sub-nasional. Kerangka regulasi masih bisa dilengkapi dengan regulasi yang lebih kuat dalam bentuk Undang-Undang di tingkat nasional yang diturunkan ke tingkat sub-nasional. Tidak/belum juga terlihat adanya adopsi serta adaptasi kebijakan kesehatan di Lembaga atau Kementerian di luar kesehatan. Fragmentasi data dan sistem pendataan, kualitas tenaga kesehatan yang belum mencukupi, rendahnya utilisasi teknologi digital untuk kesehatan, serta minimnya pelibatan masyarakat dan dalam upaya kesehatan komunitas; melengkapi ciri khas situasi PHC Indonesia saat ini.

Skenario ideal untuk Indonesia berdasarkan berbagai *evidence*, pemindaian cakrawala percakapan public tentang sistem kesehatan serta tentunya masukan dari para narasumber ahli; adalah skenario 1: “Reformasi atau Revolusi?”. Perubahan dalam arah kebijakan maupun komitmen politik serta anggaran yang harus terjadi agar skenario ini bisa terlaksana, cukup fundamental. Agar skenario ini bisa dioperasionalkan, tim peneliti memetakan rekomendasi kembali pada Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer, namun tetap mengikuti logika arah kebijakan – identifikasi proses – identifikasi indikator kunci. Pendekatan ini dilakukan agar operasionalisasi skenario bisa segera dilaksanakan. Operasionalisasi skenario membutuhkan teori perubahan (*theory of change*) yang mampu dioperasionalkan oleh struktur birokrasi, mengingat birokrasi yang bergerak lincah sama pentingnya dengan masyarakat yang terlibat aktif. Selain itu, mengingat sifat desentralisasi pemerintahan sesuai UU Otonomi Daerah, rekomendasi yang diberikan baru sungguh-sungguh operasional bila bisa dilaksanakan oleh pemerintah pusat maupun secara langsung diadopsi/dijalankan oleh pemerintah daerah. Standar Pelayanan Minimum (SPM) berikut regulasi yang mengikatnya, telah disiapkan sebagai tolok ukur keberhasilan tercapainya target pembangunan di tingkat sub-nasional. Karenanya, operasionalisasi dari skenario ideal mencakup juga di dalamnya implementasi SPM.

Elemen Reformasi PHC

Agar skenario ideal bisa berjalan, reformasi mendasar harus dikerjakan dengan menysasar pada lima reformasi utama, yaitu: (1) reformasi kepemimpinan dan tata kelola; (2) reformasi kebijakan publik; (3) reformasi kualitas layanan; (4) reformasi jaminan kesehatan; dan (5) reformasi sumber daya manusia kesehatan termasuk kader kesehatan.

Pertama, dibutuhkan kerangka kebijakan yang kuat, memadai dan mampu menjangkau pemerintahan di tingkat pusat maupun daerah. Tim peneliti menggunakan Thailand sebagai *benchmark* untuk kerangka regulasi ini karena telah memasukkan PHC ke dalam konstitusi atau Undang-undang Dasar. Sementara hingga saat ini regulasi sistem kesehatan Indonesia masih diatur dalam Peraturan Presiden No. 72 Tahun Tahun 2012. Dibutuhkan regulasi yang lebih tinggi/mengikat seperti misalnya Undang-Undang, mengingat reformasi sistem kesehatan nasional dan transformasi PHC membutuhkan waktu yang panjang dan diikuti dengan komitmen anggaran. Alokasi anggaran yang konkrit pada tingkat nasional dan subnasional dibutuhkan agar implementasi bisa dipastikan terjadi. Kerangka kebijakan yang mengatur tata hubungan perlu diperkuat agar akuntabilitas sektor kesehatan di semua tingkat dan antar tingkat pemerintahan bisa terjadi. Intervensi perbaikan akuntabilitas tidak terbatas pada fungsi audit keuangan akan tetapi juga pada monitoring kinerja.

Kedua, dalam kualitas kebijakan publik, dibutuhkan reformasi juga pada kebijakan yang berhubungan dengan determinan sosial, ekonomi, komersial dan lingkungan yang berkaitan dengan sektor kesehatan. Beberapa contoh reformasi kebijakan yang terus menerus tertunda, namun sesungguhnya sangat dibutuhkan adalah peningkatan cukai rokok, meratifikasi Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau (FCTC), serta pengendalian konsumsi gula garam lemak. Dalam konteks pandemi, bisa dimengerti apabila terjadi perebutan prioritas dalam menentukan kebijakan yang harus dilaksanakan lebih dulu. Di mana ancaman resesi terus mengintai. Namun, untuk menata masa depan, pemerintah seharusnya tidak ragu untuk menempatkan kesehatan sebagai prioritas dalam semua kebijakannya. Penempatan prioritas pada kesehatan ini bisa dilihat dari contoh negara-negara lain sejak sebelum pandemi melanda.

Ketiga, untuk mereformasi model layanan dibutuhkan kebijakan untuk: (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*); (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*).

Keempat, dalam reformasi jaminan kesehatan harus dipahami bahwa pengertian Cakupan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage* tidak terbatas hanya pada jumlah kepesertaan saja, melainkan juga tentang cakupan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas tanpa mengganggu kondisi finansial. Reformasi dalam aspek keempat ini mencakup redistribusi kepesertaan agar tidak terpusat di puskesmas saja. Selain itu, perlu dipastikan adanya pembelian strategis (*strategic purchasing*) terutama dalam kaitannya dengan kapitasi; akreditasi terutama dalam kaitannya dengan kredensialing; dan pengembangan jalur klinis (*clinical pathways*).



Kelima, dalam kondisi ideal, reformasi SDM kesehatan mencakup tidak hanya tenaga kesehatan tetapi juga tenaga kesehatan dan kader kesehatan. Namun, memastikan eksekusi terjadi di tingkat layanan kesehatan primer, membutuhkan berbagai langkah fundamental untuk terjadi sebelumnya. Di antaranya, penetapan standar kompetensi untuk tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan populasi maupun penentuan jenis pelatihan yang dibutuhkan. Dalam studi literatur berbagai publikasi ilmiah yang dilakukan oleh tim peneliti, terlihat jelas kesamaan antar negara-negara yang mempunyai sistem PHC yang kuat terletak pada seberapa berdayanya para kader kesehatan mereka. Hal ini bisa tercapai karena para kader kesehatan diberi wadah kelembagaan yang akomodatif mendukung peningkatan kapasitas serta ditempatkan sebagai bagian dari kelompok profesional kesehatan. Khusus untuk dokter yang bekerja dalam PHC, berbagai praktik baik dan bukti dari banyak negara telah menunjukkan bahwa standar dokter *Primary Care* yang bekerja di dalam PHC setara dengan dokter spesialis yang bisa dicapai dalam 15-20 tahun. Di Indonesia sebenarnya hal ini telah diatur dalam UU Pendidikan Kedokteran, yaitu dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp KKL), di mana para dokter bisa mencapainya melalui *Recognized Prior Learning* maupun melalui program reguler.

Indikator keberhasilan transformasi PHC

Keberhasilan dari transformasi PHC bisa diukur dengan indikator yang ditawarkan oleh Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer (WHO & UNICEF, 2020). Kerangka teori ini membagi operasionalisasi kebijakan kesehatan dengan prioritas pada transformasi PHC ke dalam dua bagian besar, yaitu pengungkit strategis dan pengungkit operasional sebagaimana telah dijelaskan dalam Bab 4. Melihat tantangan struktural yang ada dan skenario ideal yang bisa dikerjakan bila masa depan layanan kesehatan primer di Indonesia ditata hari ini; tim peneliti menyarankan beberapa indikator strategis yang bisa digunakan untuk mengukur keberhasilan transformasi PHC.

Dari pengungkit strategis atau *strategic levers*, terdapat tiga indikator yaitu: (1) komitmen politik dan arah kebijakan; (2) komitmen anggaran; dan (3) pelibatan masyarakat. Sementara dari pengungkit operasional, tiga indikator yang mengukur keberhasilan operasionalisasi skenario ideal adalah: (1) penggunaan *big data* dan *digital health*; (2) pengembangan penelitian dengan orientasi pada PHC; (3) terbangunnya sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas dengan prioritas pada PHC.

Pengungkit Strategis

Dalam komitmen politik dan arah kebijakan, transformasi harus dimulai dari perubahan cara pandang. Transformasi PHC adalah investasi jangka panjang. Karena perspektif inilah, diperlukan kesesuaian kebijakan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga Rencana Strategis dan Rencana Kegiatan dan Anggaran Kementerian.

Dalam komitmen anggaran, kita mengetahui bahwa alokasi APBN untuk PHC adalah 0,05% dari PDB. Sementara, berdasarkan rekomendasi WHO, dibutuhkan alokasi anggaran sebanyak 1% dari PDB agar transformasi PHC berhasil. Yang harus digaris bawahi di sini adalah untuk

operasionalisasi skenario ideal di mana kesehatan di semua kebijakan tercapai, tidak selalu berarti memisahkan anggaran sebesar jumlah yang dibutuhkan. Harus terlebih dahulu dipastikan transformasi memang tepat dan menysasar elemen transformasi yang akan dilakukan. Hanya dengan ketepatan inilah penataan masa depan bisa dilakukan dengan sesungguhnya. Sementara di tingkat sub-nasional ketergantungan pemerintah daerah terhadap pemerintah pusat adalah salah satu hal terpenting untuk ditata ulang. Ketergantungan ini berlawanan dengan hakikat desentralisasi di mana pemerintah daerah mampu mandiri dalam komitmen anggaran serta penganggaran untuk sektor kesehatan. Pada tingkat layanan kesehatan, dibutuhkan redistribusi kapitasi antara puskesmas dengan klinik swasta; serta perubahan cara pandang agar sektor swasta juga melihat PHC sebagai investasi dan mendapat insentif yang menarik untuk ikut masuk membangunnya.

Transformasi PHC tidak akan berhasil tanpa dukungan aktif masyarakat. Integrasi upaya pemenuhan tenaga kesehatan berkualitas dengan kader kesehatan masyarakat yang bergerak aktif menjadi sebuah kesatuan bernama SDM Kesehatan atau *health workforce*, adalah kunci dalam penataan masa depan PHC. Penempatan tenaga kesehatan dalam bentuk tim, integrasi serta pelembagaan kader kesehatan dalam mengerjakan kegiatan di PHC adalah soko guru dalam penataan masa depan PHC. Selain itu, pelibatan masyarakat sipil kian menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan. Pandemi telah mengajarkan kita bahwa dengan asumsi arah kebijakan sudah tepat, maka implementasi kebijakan tersebut membutuhkan aktor pembangunan lain di luar pemerintah. 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. Penataan masa depan PHC termasuk di dalamnya menata kembali posisi strategis masyarakat sipil sebagai advokat kebijakan di tingkat nasional dan sub-nasional dan sebagai pendamping masyarakat.

Pengungkit Operasional

Indikator ini saling beririsan (*cross-cutting*); seperti misalnya pemanfaatan data untuk pengambilan kebijakan, penentuan alokasi pembiayaan dan akuntabilitas.

Sebagai pengungkit operasional, indikator penggunaan *big data* dan *digital health* dalam transformasi PHC terutama dalam era yang telah mengalami disrupsi pandemi adalah keniscayaan. Salah satu contoh yang jelas terlihat adalah *crowdsourcing* data pandemi dari tingkat komunitas. Telediagnostik juga “dipaksa” oleh pandemi untuk berkembang pesat dan digunakan secara luas. Teknologi digital kesehatan atau *digital health* digunakan juga untuk memastikan rantai pasokan logistic termasuk untuk distribusi vaksin, kesiapan dan manajemen fasilitas kesehatan hingga rujukan antar tingkatan pelayanan dalam sistem kesehatan. Pandemi sebagai *wild card* berhasil mengguncang dan memaksa perubahan untuk terjadi dalam data dan teknologi digital, penataan masa depan yang dibutuhkan saat ini adalah mendorong agar transformasi benar terjadi melalui sebuah kebijakan yang bisa dilaksanakan oleh pemerintah nasional maupun sub-nasional.



Transformasi PHC memerlukan dukungan riset dan yang ekstensif dan pengembangan *body of knowledge* yang secara signifikan jauh melebihi apa yang tersedia saat ini. Hingga kini, setidaknya di Indonesia, PHC dan riset tentang sistem kesehatan belum menjadi bidang yang terlalu diminati oleh para peneliti. Baik dari sudut teknologi, pengembangan kapasitas SDM maupun dari sudut peningkatan kualitas layanan, riset PHC di Indonesia tidak/belum menunjukkan perkembangan yang berarti. Sementara sejak setidaknya satu dekade lalu, riset tentang penggunaan teknologi melalui analisa jejaring sosial (*social network analysis*) pada sistem kesehatan, telah dikerjakan (Blanchet & James, 2012). Menata masa depan PHC di Indonesia dimulai dari melakukan penelitian dan secara berkesinambungan mengumpulkan bukti agar arah kebijakan tepat dan komitmen investasi anggaran diletakkan pada alokasi yang sesuai.

Di tingkat strategis maupun operasional, peran strategis sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas merupakan indikator keberhasilan dioperasionalkannya skenario ideal yang mempunyai kesetimbangan antara Primary Care dan Fungsi Kesehatan Masyarakat. Peran universitas dalam penataan masa depan PHC khusus untuk transformasi SDM kesehatan sejatinya sangat strategis. Berkaca pada Thailand, transformasi PHC yang bertumpu pada universitas menasar tiga hal, yaitu: (1) mengembangkan kurikulum tenaga kesehatan; (2) melakukan kajian sebagai landasan advokasi pada dinas kesehatan; dan (3) melakukan riset atau evaluasi implementasi program. Di Indonesia, Komite Bersama Kementerian Pendidikan Kebudayaan dan Riset Teknologi – Kementerian Kesehatan intinya adalah integrasi antara pendidikan dan kesehatan sebenarnya merupakan platform yang telah tersedia. Namun dalam konteks penataan masa depan, komite ini harus mendapatkan *buy in* lebih luas dalam mengembangkan kebijakan Sistem Kesehatan Akademik (*Academic Health System*) agar perkembangan serta inovasinya tidak hanya sesuai tetapi juga membawa inovasi yang sesungguhnya telah inheren di dalam sistem tersebut. Melalui sistem ini diharapkan terjadi peningkatan jumlah, kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan.

BAB 8

Apa yang Perlu Diwujudkan? Penutup

*The woods are lovely, dark and deep,
But I have promises to keep,
And miles to go before I sleep,
And miles to go before I sleep*

Robert Frost

Sudah terlalu lama perwujudan dari transformasi PHC tertunda. Pemindaian cakrawala memperlihatkan bahwa pembicaraan publik tentang layanan kesehatan primer masih sangat minim dan belum mempunyai kedalaman kebijakan. Cakrawala diskursus publik seperti terjebak dalam tingkat operasional semata dan PHC terperangkap dalam retorika para pembuat kebijakan; tetapi selalu tidak berhasil mewujudkan dalam sebuah implementasi yang berdampak pada meningkatnya status kesehatan masyarakat.

Kajian ini memberikan rekomendasi menyeluruh dari arah kebijakan yang tepat dan langkah-langkah dan investasi anggaran negara pada transformasi yang sesungguhnya. Ulasan mengenai keterkaitan elemen-elemen di luar sektor kesehatan yang memengaruhi arah kebijakan kesehatan diakomodasi masuk ke dalam skenario ideal. Selain arah kebijakan, jawaban dari kebuntuan dalam operasionalisasi juga telah diberikan. Penting untuk diingat bahwa skenario memetakan masa depan yang mungkin terjadi, serta kemungkinan-kemungkinan deviasinya. Hal ini diharapkan dapat memberikan gambaran utuh pada para pembuat kebijakan maupun aktor pembangunan lain sebagai pengingat bahwa perencanaan kebijakan pembangunan mempunyai multi faktor di dalamnya. Diskursif atau perubahan dalam satu hal akan berpengaruh pada elemen lain.

Inovasi sosial menjadi salah satu faktor pemungkin terjadinya skenario ideal sebagaimana temuan kajian ini. Reformasi tata kelola dalam kebijakan kesehatan dan transformasi PHC bukan berarti pemerintah sepenuhnya melepaskan arahan dan kendali (*command and control*). Namun, juga tidak berarti bahwa masyarakat luas bisa ditempatkan atau menempatkan diri sebagai penonton. Dinamika dan dialog sehat antara pembuat kebijakan dengan masyarakat adalah syarat mutlak untuk menata masa depan layanan kesehatan primer Indonesia.

Lampiran

Lampiran 1. Kerangka kebijakan pelayanan kesehatan primer di Indonesia

Jenis Peraturan	Deskripsi
Undang-undang	UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan UU SJSN
Peraturan Presiden	Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional Perpres No. 64 Tahun 2020 tentang JKN
Peraturan Menteri Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas • Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan • Permenkes No. 27 Tahun 2019 tentang Akreditasi • Permenkes No. 7 Tahun 2021 tentang Layanan Kesehatan di Masa JKN • Permenkes No. 4 Tahun 2017 tentang Standar Tarif • Permenkes No. 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas • Permenkes No. 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat • Permenkes No. 9 Tahun 2014 tentang Klinik • Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat • Permenkes No. 83 Tahun 2014 tentang UTD, BDRS dan Jejaring Pelayanan Daerah • Permenkes No. 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah • Permenkes No. 92 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Kerja Sama antara Puskesmas, Unit Transfusi Darah dan Rumah Sakit dalam Pelayanan Darah untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu • Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga • Permenkes No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan • Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Mandiri Bidan, dan • Permenkes No. 35 Tahun 2019 tentang Wahana Pendidikan Bidang Kesehatan
Keputusan Menteri Kesehatan	Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Lampiran 2. Program Puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas

I. Upaya Kesehatan Masyarakat

No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil
1. UKM Esensial					
a.	Pelayanan promosi kesehatan	Penyuluhan, edukasi dan konseling	Promosi kesehatan di sekolah pendidikan dasar		
			Promosi pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan		
			Penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat dan napza		
			Penyuluhan kesehatan jiwa bagi ibu hamil dan menyusui		
			Penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat dan napza pada populasi berisiko (lansia, anak dan remaja)		
			Penyuluhan pada kelompok atau masyarakat tentang perilaku menjaga kebersihan diri		
			Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ibu hamil, anak balita, anak, remaja, dewasa, lansia (pendekatan siklus kehidupan)		
			Promosi kesehatan dan gizi ibu hamil, bersalin, nifas dan KB		
			Promosi kesehatan, gizi, tumbuh kembang balita dan anak usia dini		
			Promosi kesehatan dan gizi anak usia sekolah dan remaja		
			Promosi kesehatan dan gizi usia reproduksi		
			Promosi kesehatan dan gizi lansia		
			Promosi Kesehatan di Tempat Kerja		
			Penyuluhan peningkatan kesadaran masyarakat tentang Imunisasi		
			Konseling kesehatan reproduksi pada kelompok anak remaja		
Peningkatan pengetahuan komprehensif masyarakat tentang pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS					
Peningkatan pengetahuan dan kepedulian masyarakat tentang penyakit diare, tifoid dan hepatitis					

No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil		
			Edukasi dan konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) meliputi ASI dan MP-ASI untuk balita sehat, balita kurang gizi, dan balita gizi buruk rawat jalan				
			Edukasi dan konseling mengenai pola makan, perilaku makan dan aktivitas fisik bagi anak usia sekolah				
			Edukasi dan konseling mengenai pola makan, perilaku makan bagi bumil KEK/Kurus				
			Konseling Dietetik				
			Edukasi dan konseling mengenai pola makan, perilaku makan bagi bumil KEK/Kurus				
			Kegiatan Edukasi dan Konseling tentang Swamedikasi dan Penggunaan Obat				
		Pemberdayaan	Memotivasi tokoh masyarakat dalam pembentukan kader kesehatan atau pembentukan kelompok yang peduli terhadap kesehatan				
			Membentuk jejaring dalam pembentukan PHBS di masyarakat				
			Penggerakan kelompok masyarakat dalam pemanfaatan UKBM				
			Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat untuk Peningkatan Penggunaan Obat Rasional melalui Metode Cara Belajar Insan Aktif (CBIA)				
			Pembentukan kelompok lansia sebagai wadah berkreasi, bersosialisasi, mendapatkan pengetahuan dan sekaligus menjaga kemandirian lansia				
		Pelatihan kader	Melatih kader kesehatan tentang perawatan diri dan mempraktikkan PHBS				
			Melatih kader kesehatan dalam menyampaikan informasi pada kelompok atau masyarakat tentang perawatan diri dan mempraktikkan PHBS di daerah binaan				
			Melatih Kader tentang Swamedikasi dan Penggunaan Obat melalui Metode Cara Belajar Insan Aktif (CBIA)				
		Advokasi	Mengadvokasi masyarakat dan lintas sektor terkait dalam praktik PHBS dan penanggulangan masalah kesehatan tertentu				
			Advokasi tokoh masyarakat dalam membentuk kelompok swabantu terkait perawatan masalah gizi				
		b.	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Pelayanan Konseling	Melakukan konseling/konsultasi kesehatan lingkungan kepada pasien yang menderita penyakit/ gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor risiko lingkungan yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan pelayanan pengobatan dan atau perawatan dan masyarakat yang memiliki masalah kesehatan lingkungan di rumah tangga/ lingkungan sekitar		
				Inspeksi Kesehatan Lingkungan	Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan sebagai tindak lanjut konseling dengan cara melakukan: 1) Pengamatan fisik media lingkungan 2) Pengukuran media lingkungan di tempat 3) Uji laboratorium 4) Analisis risiko Kesehatan Lingkungan 5) Melakukan		

No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil
			pembinaan dan pengawasan kualitas kesehatan lingkungan terhadap Permukiman, tempat kerja, tempat-tempat umum (sekolah, pasar, tempat ibadah, dsb), dan tempat wisata		
		Intervensi Kesehatan Lingkungan	Melakukan intervensi kesehatan lingkungan terkait tindak lanjut konseling dan permasalahan kesehatan lingkungan di masyarakat. Intervensi kesehatan lingkungan berupa : KIE dan Pemberdayaan, Perbaikan dan pembangunan sarana, Pengembangan teknologi Tepat guna dan Rekayasa Lingkungan		
		Pemberdayaan Masyarakat	Melakukan pemecuan 5 pilar STBM Pendampingan masyarakat untuk peningkatan kualitas kesehatan lingkungan dan pengelolaannya		
		Peningkatan kapasitas	Peningkatan kapasitas bagi petugas, masyarakat, kader, pihak terkait lainnya		
c.	Pelayanan kesehatan keluarga	Kesehatan ibu dan bayi baru lahir	1) Posyandu 2) Penyuluhan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas 3) Pendampingan pemanfaatan Buku KIA 4) Kelas ibu		1) Posyandu 2) Penyuluhan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas
		Pelayanan Kesehatan Balita	1) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan 2) Pelayanan imunisasi dasar dan lanjutan 3) Vitamin A 4) Pendampingan pemanfaatan Buku KIA (Kelas Ibu Balita) 5) Manajemen Terpadu Balita Sakit		Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan 2) Pelayanan imunisasi dasar dan lanjutan 3) Vitamin A 4) Pendampingan pemanfaatan Buku KIA (Kelas Ibu Balita) 5) Manajemen Terpadu Balita Sakit 6) Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat
		Usaha Kesehatan Sekolah	Skrining kesehatan siswa sekolah pendidikan dasar		
		Pelayanan Kesehatan Pada Calon Pengantin	KIE dan Pemeriksaan kesehatan pada calon pengantin		
		Pelayanan KB	Penyuluhan KB sesuai program pemerintah pada kelompok usia subur atau masyarakat		
		Pelayanan kesehatan Lansia	1) Posyandu Lansia 2) Layanan home care 3) Layanan perawatan jangka panjang		



No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil
d.	Pelayanan Gizi	Deteksi dini	Melakukan deteksi dini/ penemuan kasus gizi di masyarakat		
			Surveilans Gizi		
		Pelayanan	Melakukan asuhan keperawatan pada kasus gizi di kelompok atau masyarakat		
			Pemantauan Pertumbuhan Balita dan Pemantauan Status Gizi	Asuhan gizi balita dengan berat badan kurang, gizi kurang dan balita gizi buruk, balita pendek dan sangat pendek, dan balita gizi lebih dan obesitas	
		Asuhan gizi kegemukan dan obesitas pada anak sekolah dan remaja			
		Asuhan gizi remaja putri Anemia			
		Asuhan gizi pada gizi kurang orang dewasa			
		Asuhan gizi pada gizi lebih orang dewasa			
		Asuhan gizi ibu hamil kurang energi kronik			
		Asuhan gizi ibu hamil anemia			
		Asuhan gizi pada lansia			
		Konseling Pemberian Makan Pada Bayi dan Anak (PMBA)	Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan IMD		
			Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif		
			Asuhan gizi untuk meningkatkan pemberian MP-ASI mulai usia 6 bulan		
			Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan pemberian ASI hingga usia 2 tahun		
		Suplementasi Gizi	Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan pemberian Vitamin A		
			Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan pemberian TTD pada Rematri, Ibu hamil dan WUS		
Asuhan gizi untuk meningkatkan cakupan pemberian PMT Pemulihan pada Balita, Ibu hamil dan anak sekolah					
e.	Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit	Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular	1) Posbindu PTM 2) Pelayanan Terpadu PTM 3) Deteksi Dini Kanker Payudara dan Leher Rahim 4) Upaya Berhenti merokok 5) Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera 6) Pelayanan kesehatan jiwa		
		Pencegahan dan pengendalian penyakit menular	Pencegahan dan Pengendalian filariasis*		
			Pencegahan dan Pengendalian kecacingan		

No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil
			Pencegahan dan Pengendalian infeksi Dengue/DBD*		
			Pencegahan dan Pengendalian malaria*		
			Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis*		
			Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS*		
			Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Menular Seksual		
			Pencegahan dan Pengendalian Tuberkulosis		Pengendalian Tuberkulosis
			Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi		
2. UKM Pengembangan**					
a.	Upaya kesehatan gigi Masyarakat	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat pada ibu hamil, Balita, PAUD, Lansia		
b.	Pelayanan kesehatan tradisional komplementer terintegrasi		Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA) dan keterampilan		
c.	Kesehatan kerja dan olahraga	Deteksi Dini	Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK)		
		Pemantauan kesehatan lingkungan kerja dan ergonomi ditempat kerja	Melakukan pemantauan dan penilaian risiko kerja Industri, Perkantoran lingkungan kerja serta ergonomi di tempat, Fasyankes, tempat kerja informal dan membuat peta risiko		
			Melakukan pembinaan dan pengawasan lingkungan		
		Pengendalian dan intervensi Lingkungan.	Kerja dan ergonomi tempat kerja Membuat rekomendasi pengendalian risiko lingkungan kerja		
			Melakukan intervensi lingkungan kerja: KIE, pemberdayaan, perbaikan lingkungan kerja, rekayasa lingkungan dan penggunaan teknologi tepat guna		
			Peningkatan pengetahuan cara kerja yang sehat, aman dan ergonomis		

Keterangan:

- Matriks yang tersebut diatas merupakan beberapa contoh kegiatan yang dilakukan Puskesmas untuk UKM. Kegiatan UKM yang lain mengacu kepada norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) pelaksanaan program terkait.
- (*) Sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- (**) Jenis dan bentuk UKM Pengembangan dapat disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumberdaya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.

II. Upaya Kesehatan Perseorangan

No.	Upaya	Kegiatan	Puskesmas kawasan perkotaan	Puskesmas kawasan pedesaan	Puskesmas kawasan terpencil/sangat terpencil
a.	Pelayanan pemeriksaan umum		Pelayanan pemeriksaan umum		
b.	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut		Pelayanan kesehatan gigi dan mulut		
c.	Pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKP		Pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKP		
d.	Pelayanan gawat darurat		Pelayanan gawat darurat		
e.	Pelayanan gizi yang bersifat UKP		Pelayanan gizi yang bersifat UKP		
f.	Pelayanan persalinan		Pelayanan persalinan		
g.	Pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap			Pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap	
h.	Pelayanan kefarmasian		Pelayanan kefarmasian		
i.	Pelayanan laboratorium		Pelayanan laboratorium		

Lampiran 3. Pemetaan Tantangan Struktural Berdasarkan Teori Perubahan Layanan Kesehatan Primer

Pendekatan PHC	Pelayanan kesehatan yang terintegrasi Dengan penekanan pada layanan Kesehatan primer dan fungsi-fungsi Kesehatan masyarakat esensial				Orang-orang dan komunitas yang berdaya					Kebijakan dan Tindakan multisektoral				
Pengungkit PHC	Pengungkit Strategis				Pengungkit Operasional									
	Komitmen politik dan kepemimpinan	Kerangka kerja tata kelola dan kebijakan	Pendanaan dan alokasi sumber daya	Pelibatan komunitas dan pemangku kepentingan lainnya	Model-model pelayanan	Tenaga kerja layanan kesehatan primer	Infrastruktur fisik	Obat dan produk kesehatan lainnya	Keterlibatan dengan penyedia sektor swasta	Sistem pembelian dan pembayaran	Teknologi digital untuk kesehatan	Sistem untuk memperbaiki kualitas layanan	Penelitian berorientasi pada layanan kesehatan primer	Pemantauan dan evaluasi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14
Kata kunci (hasil dari Delphi, Delphi Pleno, dan STEEPV)	Undang-Undang Sistem Kesehatan Nasional	Human capital birokrasi	Anggaran layanan kesehatan primer	Pelembagaan kader	Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)	Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer	Sumber daya listrik; Puskesmas		Dokter Praktik Mandiri (DPM)	Fee for service; dokter	Telemedicine; Indonesia; pro kontra praktik kedokteran	Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK)	Perubahan iklim dan kesehatan	Pengawasan insentif dan disinsentif
	Sistem kesehatan nasional	Kementerian Kesehatan dan Kementerian Desa; Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan; Kementerian Kesehatan dan Bappenas	Distribusi peserta BPJS	Insentif kader kesehatan	Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)	Tenaga Kesehatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku	Jaringan internet; Puskesmas		Bidan Praktik Mandiri (BPM)	Remunerasi dokter	Startup kesehatan	Kelas rawat inap standar	Integrasi data kesehatan	Akreditasi Puskesmas
	Sistem kesehatan daerah	Anggaran kesehatan dari tahun ke tahun	Urun biaya BPJS	Komunikasi Perubahan Perilaku		Restrukturisasi Kementerian Kesehatan	Telemedicine		Klinik swasta	Out-of-pocket (OOP) menurun	Teknologi diagnosis kesehatan	Evaluasi paket manfaat BPJS	Penelitian partisipasi masyarakat	
	Konsep layanan kesehatan primer	Evidence-based policy dalam kebijakan kesehatan				Tenaga non kesehatan di lapangan			Rumah Sakit swasta	Kapitasi; kecil; Puskesmas; klinik	Utilisasi big data kesehatan	Reformasi Dana Alokasi Khusus (DAK)		
		Integrasi layanan dan dokter layanan primer							Asuransi kesehatan swasta		Regulatory sandbox; Indonesia	Kualitas data kesehatan		
									Penanaman Modal Asing (PMA) bidang kesehatan					
Hasil PHC	Akses, penggunaan, dan kualitas yang lebih baik				Partisipasi, tingkat kemelekakan Kesehatan, dan pencarian layanan yang lebih baik					Determinan kesehatan yang lebih baik				

Lampiran 4. Daftar Narasumber Ahli Foresight PHC

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
1.	Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc., MPH., Ph.D	Guru Besar FKKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	-	✓	-
2.	dr. Ahmad Fuady, PhD	Peneliti dan Dosen Fakultas Kedokteran	Universitas Indonesia	✓	✓	-	-
3.	Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D	Direktur Utama	BPJS Kesehatan	-	-	✓	-
4.	Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH. MKes, MAS	Direktur Manajemen Rumah Sakit FKKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	✓	-	✓ (Econ)
5.	Dr. Anis Fuad	Peneliti dan Dosen Informatika Kependudukan	Universitas Gadjah Mada	-	-	-	✓ (Tech)
6.	Prof. Dr. Ir. Antonius Suwanto, MSc	Komisi Ilmu Rekayasa	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
7.	dr. Ari Dwi Aryani, MKM	Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Primer	BPJS Kesehatan	-	✓	-	-
8.	Prof. drh. Aris Junaidi, Ph.D	Direktur Pembelajaran dan Kemahasiswaan	Kemdikbud Ristek	✓	-	-	-
9.	dr. Bacht Alisjahbana, Sp.PD-KPTI, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
10.	Dr. Brian Sri Prahastuti	Tenaga Ahli Utama Kedeputusan II	Kantor Staf Presiden (KSP)	✓	✓	✓	-
11.	Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	-	-
12.	dr. Dante Saksono	Wakil Menteri Kesehatan	Kementerian Kesehatan	✓	-	-	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
	Harbuwono, Sp.PD-KEMD, Ph.D						
13.	dr. Darius Erlangga, MPH	Akademisi	London School of Hygiene and Tropical Medicine	-	✓	✓	-
14.	Prof. David Handojo Mulyono, SpPPD, FINASIM, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
15.	Dewi Amila Solikha, SKM. MSc	Kasubdit Kesehatan Masyarakat Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat	Kementerian PPN/Bappenas	-	✓	-	-
16.	Dewi Bramono, BS, MS, MBA	CEO	Klinik SehatQ	-	-	-	✓ (Econ)
17.	dr. Donald Pardede, MPPM			✓	✓	✓	-
18.	dr. Elvina Karyadi, MSc., SpGK, Ph.D	Senior Health Specialist	World Bank	✓	-	-	-
19.	Dr. Emi Nurjasmu, M.Kes	Ketua Umum	Ikatan Bidan Indonesia (IBI)	✓	-	✓	-
20.	Prof. Dr. Endang Sukara	Komisi Ilmu Pengetahuan Dasar	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	-	✓	-	-
21.	Faisal Basri, S.E.,M.A	Ekonom senior		-	✓	-	✓ (Politics)
22.	Gita Putri Damayana, S.H., LL.M	Direktur Eksekutif	Pusat Studi Hukum dan Kebijakan (PSHK)	✓	-	-	-
23.	Gita Syahrani, S.H., LL.M	Head of Secretariat	Lingkar Temu Kabupaten Lestari (LTKL)	-	-	-	✓ (Environ)
24.	Dr. RM Sri Hananto Seno, drg., Sp.BM(K), MM.	Ketua Umum	Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI)	✓	-	-	-



No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEPV
25.	Dr. Harif Fadhillah, S.Kp.,S.H.,M.Kep.,M.H	Ketua Umum	Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)	✓	-	-	-
26.	Henny Supolo Sitepu, S.S	Ketua	Yayasan Cahaya Guru	-	-	-	✓ (Value)
27.	Prof. dr. Herawati Sudoyo, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	-	-
28.	Ir. Heru Prasetyo	Chairman, Board of Patrons	Indonesia Business Link	-	-	-	✓ (Value)
29.	dr. Irvan Afriandi Grad.Dipl, OEH, MPH, Dr.Ph	Dosen Dept Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran	Universitas Padjadjaran	✓	✓	-	-
30.	dr. Isti Ilmiati Fujiati, MSc.CM-FM, M.Pd.Ked	Ketua	Kolegium KKLK	-	-	✓	-
31.	dr. Kalsum Komaryani, MPPM	Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	Kementerian Kesehatan	✓	-	-	-
32.	Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D.	Direktur Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FKKMK	Universitas Gadjah Mada	-	-	✓	-
33.	dr. M. Subuh, MPPM	Ketua Umum	Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes)	✓	-	-	-
34.	Prof. Mayling Oey-Gardiner, Ph.D	Komisi Ilmu Sosial	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	-	-
35.	Dr. Pandu Harimurti, MPPM	Senior Health Specialist	World Bank	✓	-	✓	-
36.	Prastuti Soewondo, Ph.D	Staf Khusus Menteri Kesehatan	Kementerian Kesehatan	-	-	✓	-
37.	Prof. dr. Pratiwi Pujilestari	Guru Besar Mikrobiologi	Universitas Indonesia	✓	✓	-	-

No.	Nama Narasumber Ahli	Jabatan	Instansi	FGD/Delphi 1 (Arah Kebijakan)	FGD/Delphi 2 (Economic & Investment Case)	Delphi Pleno	STEEP V
	Sudarmono, Ph.D., SpMK(K)						
38.	Pungkas Bahjuri Ali, S.TP, MS, Ph.D	Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat	Kementerian PPN/Bappenas	✓	-	-	-
39.	dr. Putu Moda Arsana, Sp.PD-KEMD., FINASIM	Ketua Umum	Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)	✓	-	-	-
40.	Prof. Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM(K)	Dekan Fakultas Kedokteran	Universitas Indonesia	✓	✓	✓	-
41.	Rimawan Pradiptyo, SE, M.Sc., Ph.D	Dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Universitas Gadjah Mada	✓	-	✓	-
42.	Prof. Dr. Satryo Soemantri Brodjonegoro	Ketua	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	✓	✓	✓
43.	Prof. Dr. dr. Sofia Mubarika Haryana, M.Med., Sc Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	-	-	✓	✓ (Environ)
44.	Prof. dr. Sultana Muhammad Hussein Faradz, Ph.D	Komisi Ilmu Kedokteran	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	-
45.	drg. Usman Sumantri, MSc	Direktur	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)	✓	✓	-	-
46.	dr. Yodi Mahendradhata, MSc., Ph.D, FRSPH	Wakil Dekan Bidang Penelitian dan Pengembangan FKKMK	Universitas Gadjah Mada	✓	✓	-	-
47.	dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH	Penasihat CISDI	Bidang Tata Kelola Pemerintahan dan Layanan Kesehatan Primer	-	-	-	✓ (Value)
48.	Prof. Dr. Yunita Triwardani Winarto	Komisi Kebudayaan	Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI)	✓	-	✓	✓ (Social)



Referensi

Amiri A & Gerdtham U-G. (2013). Impact of maternal and child health on economic growth: new evidence based Granger causality and DEA analysis. *Study Comm Partnersh Matern Newborn Child Health PMNCH*.

Balitbangkes. (2017). *Hasil Riset Ketenagaan Di Bidang Kesehatan (Risnakes)*. Jakarta: Balitbangkes, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Balitbangkes. (2019). *Laporan Puskesmas Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019*. Jakarta: Balitbangkes, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Bappenas. (2019). *The Consolidated Report on Indonesia Health Sector Review 2018: National Health System Strengthening*. Jakarta: Bappenas.

Batista R, Pottie K, Bouchard L, Ng E, Tanuseputro P, Tugwell P. (2018). Primary health care models addressing health equity for immigrants: a systematic scoping review. *J Immigr Minor Health*, 20:214–30.

Blanchet K & James P (2012). How to do (or not to do)...a social network analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 27(5): 438–446. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr055>

BPJS Kesehatan. (2014). *Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. (2019). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Layanan Kesehatan Primer*. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPS. (2021). Profil Kemiskinan Indonesia Maret 2021. Badan Pusat Statistik. Berita Resmi Statistik No 53/07/Th.XXIV. 15 Juli [online] Available at: <https://www.bps.go.id/pressrelease/2021/07/15/1843/persentase-penduduk-miskinmaret-2021-turun-menjadi-10-14-persen.html>

Bhatia, M., & Rifkin, S. B. (2013). Primary health care: Now and forever? A case study of a paradigm change. *International Journal of Health Services*, 43: 459–471.

Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, et al. (2008). Alma-Ata: rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet Lond Engl*, 372: 972–89.

Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care

in improving maternal, neonatal and child health: 8. Summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*. 7:010908.

Brown TM, & Fee E. (2008). The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development. *AJPH*. 98(1): 42.

Cabana MD, & Jee SH. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*, 53: 974–80.

Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 25: 7–28.

Christopher JB, May AL, Lewin S, Ross DA. (2011). Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 9: 27.

CISDI. (2020). *Health Outlook 2020*. Jakarta: CISDI.

College of Family Physicians of Canada. (2019). *A new vision for Canada: Family Practice—The Patient's Medical Home 2019*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada.

Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, Rodríguez-Morejón A, Motrico E, Navas-Campaña D, Rigabert A, et al. (2017). Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*, 15:262–71.

Da Costa, O., Warnke, P., Cagnin, C., & Scapolo, F. (2008). The impact of foresight on policy-making: insights from the FORLEARN mutual learning process. *Technology Analysis & Strategic Management*, 20(3): 369–387.

Dahn B, Woldemariam AT, Perry H, Maeda A, et al. (2015). *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1>

Dovlo, D. (2004). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resource for Health*, 2(1): 7.

Dueweke AR & Bridges AJ. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Fam Syst Health J Collab Fam Healthc*, 36: 289–302.

Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, et al. (2017). *Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 51). Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345797/HEN51.pdf

Engström S, Foldevi M, Borgquist L. (2001) Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care*, 19:131–44.

Ferdika, R & Nasution, RD. (2020). Perubahan Orientasi Motivasi Pegawai Pada Penerapan E-Absensi di kabupaten Ponorogo. *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Opini Publik*, 24(1): 71–84.

Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, et al. (2015). Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med*, 76 Suppl:S5–11.

Ferrer RL. (2007). Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann Fam Med*, 5:492–502.

Freire P. (1970). *The Pedagogy of the Oppressed*. New York: Seabury Press.

Frenk, J., Gonzalez-Pier, E., Gomez-Dantes, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*, 368: 1524–1534.

Gakidou, E., Lozano, R., Gonzalez-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., et al. (2006). Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 368(9550): 1920–1935.

Georghiou L, Cassingena J. H., Keenan M., Miles I. and Popper R.. (2008). *The Handbook of Technology Foresight*. USA: Edward Edgar Publishing Limited.

Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8:e021161.

Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. (1999). Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med*, 14:499–511.

Huntley A, Lasserson D, Wye L, Morris R, Checkland K, England H, et al. (2014). Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open*, 4:e004746– e004746.

Huntley AL, Johnson R, King A, Morris RW, Purdy S. (2016). Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6:e010933–e010933.

Idil, A. (2021). Vaksinasi COVID-19 dan Kebijakan Negara: Perspektif Ekonomi Politik. *Jurnal Academia Praja*, 4(1): 244–255.

Indrayathi, PA & Noviyani, R. (2017). *Bahan Ajar: Equity dalam Pelayanan Kesehatan*. Denpasar.

Ivan I. (1973). *Tools for Conviviality*. London: Calder and Boyars.

Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, et al. (2013). The patient-centred medical home: a systematic review. Centre for Reviews and Dissemination (UK). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114596/> [Accessed July 16, 2018].

Jones CE, Hollis RH, Wahl TS, Oriel BS, Itani KMF, Morris MS, et al. (2016). Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *Am J Surg*, 212: 327–35.

Joo JY & Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. (2017). *Int Nurs Rev*, 64:296–308.

Jungo, K.T., Anker, D. & Wildisen, L. (2020). Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health* 65, 511–512. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5>.

JRC. (2011). *JRC Foresight Study: Tomorrow's Healthy Society—Research Priorities for Foods and Diets*. Brussel: Joint Research Centre Foresight and Behavioural Insights Unit

Kemendes. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemendes.

Kemendes. (2021a). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kemendes.

Kemendes. (2021b). *Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020*. Jakarta: Kemendes.

Kirkland SW, Soleimani A, Newton AS. (2018). Review: The impact of pediatric mental health care provided outpatient, primary care, community and school settings on emergency department use – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*, 23:4–13.

Koenker H, Keating J, Alilio M, Acosta A, et al. (2014). Strategic roles for behaviour change communication in a changing malaria landscape. *Malaria Journal*, 13(1): 1–4.

Kruk ME, Mbaruku G, McCord CW, Moran M, Rockers PC, Galea S. (2009). Bypassing primary care facilities for childbirth: a population-based study in rural Tanzania. *Health Policy Plan*, 24:279–88.



Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, and Van Lerberghe W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*, 70(6): 904-11. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.025

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, et al. (2018). High-quality health system in the Sustainable Development Goals era: time for revolution. *The Lancet Global Health*, 6: e1196-252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

Lin, Z & Meissner, C.M. (2020). *Health vs Wealth? Public Health Policies and the Economy During Covid-19*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Litsios S. (2015). On the Origin of Primary Health Care. In: Medcalf A, Bhattacharya S, Momen H, et al., editors. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan. Chapter 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>

Macinko J, Starfield B, Shi L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*, 37:111-26.

Macinko, J., Starfield, B., & Erinosh, T. (2009). The impact of primary healthcare on population health in low – and middle-income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2) : 150-171.

Mardikanto T. (2010). *Model-model pemberdayaan masyarakat*. 1st ed. Surakarta: UPT Penerbitan dan Percetakan UNS (UNS Press).

Microsoft. (2021). Microsoft to establish first datacenter region in Indonesia as part of Berdayakan Ekonomi Digital Indonesia initiative. Feb 25 [online] Available at: <https://news.microsoft.com/apac/2021/02/25/microsoft-to-establish-first-datacenter-region-in-indonesia-as-part-of-berdayakan-digital-economy-indonesia-initiative/> [Accessed Mar 4, 2022]

Muntingh ADT, Van DF-C, Van M, Spinhoven P, Van B. (2016). Collaborative care for anxiety disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*, 17:62.

Nair, V. M. (2004). Health in South Asia: future of Kerala depends on its willingness to learn from past. *British Medical Journal*, 328(7454): 1497.

Nasseri, K., Sadrizadeh, B., Malek-Afzali, H., Mohammad, K., Chamsa, M., Cheraghchi- Bashi, M. T., et al. (1991). Primary health care and immunisation in Iran. *Public Health*, 105(3): 229-238.

Nkonki L, Tugendhaft A, Hofman K. (2017). A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. *Hum Resour Health*, 15(19) Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245839> [Accessed October 1, 2018].

Nugraha, YN. (2019). Ketergantungan Fiskal Daerah Dalam Pelaksanaan Desentralisasi Fiskal di Indonesia. 20 Jan [online] Available at: <https://www.kemenkeu.go.id/publikasi/artikel-dan-opini/ketergantungan-fiskal-daerah-dalam-pelaksanaan-desentralisasi-fiskal-di-indonesia/> [Accessed February 25, 2022]

OECD. (2019). Strategic Foresight: Strategic Foresight for Better Policies. [online] Available at: <https://www.oecd.org/strategic-foresight/ourwork/Strategic%20Foresight%20for%20Better%20Policies.pdf>

OECD. (2021a). COVID-19 pandemic underlines need to strengthen resilience of health systems, says OECD. [online] Available at: <https://www.oecd.org/health/covid-19-pandemic-underlines-need-to-strengthen-resilience-of-health-systems-says-oecd.htm> [Accessed February 24, 2022]

OECD. (2021b), *Primary Health Care in Brazil, OECD Reviews of Health Systems*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/120e170e-en.

Oppenheim, C. (2011). Pengetahuan, Kebijakan, dan Kekuasaan: Enam Dimensi dari Titik Temu antara Pengetahuan dan Kebijakan Pembangunan. *Bulletin SMERU*, No.32 Sep=Dec/2011, pp. 12-17.

O'Malley AS. (2004). Current evidence on the impact of continuity of care. *Curr Opin Pediatr*. 16:693-9.

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health*, 7:010907.

PHCPI. (2018). Brazil: A community-based approach to comprehensive primary care. Available at: <https://improvingphc.org/promising-practices/brazil> [Accessed Mar 1, 2022]

PHCPI. (2022). Facility Infrastructure. Available at:



<https://improvingphc.org/improvement-strategies/facility-infrastructure> [Accessed Mar 3, 2022]

Pérez-Cuevas, R et al. (2017) Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. *Health Policy and Planning*, 32(6): 816–824. doi: 10.1093/heapol/czx020.

Qibthiyah, R.M. (2021). *Province and Local Finances in Indonesia During COVID-19 Pandemic*. Working paper. Jakarta: LPEM FEB-UI.

Rahma, A, Arso, SP, Suparwati, A. (2015). Implementasi Fungsi Pokok Pelayanan Primer Puskesmas sebagai *Gatekeeper* dalam Program JKN (Studi di Puskesmas Juwana Kabupaten Pati). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 3(3): 1-11.

Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque J-F, et al. (2016). Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health*, 15(64).

Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). How health improves: Defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23: 559–566.

Rifkin, SB. (2018). Health for All and Primary Health Care, 1978–2018: A Historical Perspective on Policies and Programs Over 40 Years. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Available at: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55>

Rohde, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, R., Bhutta, Z. A., et al. (2008). 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?. *Lancet*, 372(9642): 950–961.

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*, 23:356–60.

Rosero-Bixby, L. (2004). Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*, 58(7): 1271–1284.

Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*, 23:308–16.

Schumacher EF. (1973). *Small is Beautiful: A Study of Economics as if People Mattered*. New York: Harper & Row.

Shi L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*, 2012: 432892.

Starfield B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit*, 26:20–6.

Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, Tan-Torres Edejer T. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*, 7(11):e1500–e1510. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30416–4.

Smith SM, Wallace E, O’Dowd T, Fortin M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 3:CD006560.

Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O’Dowd T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *John Wiley & Sons, Ltd.* Available at: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004910.pub3/full>, [Accessed August 4, 2018].

Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83:457–502.

Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. (2015). Effectiveness of case management for “at risk” patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10:e0132340.

Sulaeman ES, Karsidi R, Murti B, Kartono DT, et al. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(2): 186–192.

Sweeney R, Mulou N. (2012). Fee or free? Trading equity for quality of care for primary health care in Papua New Guinea. *Int Health*, 4:283–8.

Tao W, Agerholm J, Burström B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, 16:542.

Telykov, A. (2001). *Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America: Health Sector Reform Initiative*.

TEMPO. (2019). Banyak Menteri Jokowi Berasal dari Partai, Indef Khawatirkan Ini. 23 Oktober [online] Available at: <https://bisnis.tempo.co/read/1263494/banyak-menteri-jokowi-berasal-dari-partai-indef-khawatirkan-ini> [Accessed Mar, 2022]

UGM. (2020). *New Normal: Perubahan Sosial ekonomi dan Politik Akibat Covid-19*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.



Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

United Nations. (2022). SDGs. [online] Available at: <https://sdgs.un.org/> [Accessed Mar, 2022]

van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can Med Assoc J*, 174:177–83.

van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. (2014). Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*, 31: 502–16.

Vapattanawong, P., Hogan, M. C., Hanvoravongchai, P., Gakidou, E., Vos, T., Lopez, A. D., et al. (2007). Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *The Lancet*, 369(9564): 850–855.

Varatharajan, D., Thankappan, R., & Jayapalan, S. (2004). Assessing the performance of primary health centres under decentralized government in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 19(1): 41–51.

Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff Proj Hope*, 33: 1531–9.

Walton, D. A., Farmer, P. E., Lambert, W., Leandre, F., Koenig, S. P., & Mukherjee, J. S. (2004). Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. *Journal of Public Health Policy*, 25(2): 137–158.

Withanachchi, N., & Uchida, Y. (2006). Healthcare rationing: a guide to policy directions in Sri Lanka. *Health Policy*, 78(1): 17–25.

Wolters RJ, Braspenning JCC, Wensing M. Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*, 129: 182–96.

World Bank. (1993). *World Development Report 1993 : Investing in Health*. New York: Oxford University Press. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

World Bank. (2000). *World Development Report 2000/01 : Attacking Poverty*. World Development Report. New York: Oxford University Press. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>

World Bank. (2021). *Walking The Talk Report : Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. Washington DC : World Bank. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/446861624530245206/At-a-Glance-Walking-The-Talk-Reimagining-Primary-Health-Care-After-COVID-19>

World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [online] Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

World Health Organization. (2000). *The World health report : 2000 : health systems : improving performance.* World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>

World Health Organization. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development; Report of the commission on macroeconomics and health.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008a). *The world health report 2008: primary health care now more than ever.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008b). *Regional Conference on Revitalizing Primary Health Care.* New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. [Jakarta, Indonesia, 6-8 August 2008].

World Health Organization. (2010). *World Health Report: Health System Financing; The Path to Universal Coverage.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Indonesia, abridged version.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018a). *Primary Health Care at forty: reflections from South-East Asia.* New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2018b). *Building the economic case for primary health care: a scoping review.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2019). *Global spending on health: a world in transition.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.* Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).

World Health Organization & the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action.* Geneva: World Health Organization & the United Nations Children's Fund (UNICEF).



World Health Organization. (2021a). Role of primary care in the COVID-19 response: Interim guidance. WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

World Health Organization. (2021b). *South-East Asia Regional Strategy for Primary Health Care: 2022-2030*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2022a). Governance: Constitution. [online] Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Accessed Mar 2022].

World Health Organization. (2022b). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986: The Ottawa Charter for Health Promotion. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [Accessed Mar, 2022].

World Health Organization. (2022c). Primary care. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care> [Accessed Mar, 2022].

Worrall G, & Knight J. (2006). Continuity of care for older patients in family practice. *Can Fam Physician*, 52: 755.

Wulandari, FK & Achadi, A. (2017). Analisis Karakteristik dan Persepsi Pengguna Pelayanan Terhadap Pemanfaatan Puskesmas Sebagai Gatekeeper di Dua Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1): 39-47.

Zahroh AH, Putri RA, Shima L, Erdayani, et al. (2018). Risk Adjustment of Capitation Payment System: What Can Indonesia Adopt from Other Countries?. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3(1): 118-124. doi: 10.7454/eki.v3i1.2408.



Akses dokumen *online*:

